



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

NEUDSON JOHNSON MARTINHO

**Guia de Conduta em Pré-Natal -
Desenvolvimento de Tecnologia em Enfermagem à
Luz da CIPE - versão alfa**

**FORTALEZA-CE
2005**

NEUDSON JOHNSON MARTINHO

**Guia de Conduta em Pré-Natal -
Desenvolvimento de Tecnologia em Enfermagem à
Luz da CIPE - versão alfa**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

**FORTALEZA-CE
2005**

M338g Martinho, Neudson Johnson
Guia de conduta em pré-natal: desenvolvimento de tecnologia em Enfermagem à luz da CIPE – versão alfa / Neudson Johnson Martinho. – Fortaleza, 2005.
112f.: il.
Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
1. Cuidado pré-natal. 2. Classificação internacional de problemas de saúde em CPS. 3. Tecnologia biomédica. I. Lopes, Marcos Venícios de Oliveira (orient.). II. Título.
CDD 610.7367

Neudson Johnson Martinho

**Guia de Conduta em Pré-Natal -
Desenvolvimento de Tecnologia em Enfermagem à Luz da CIPE - versão alfa**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Aprovada em: 04 de março de 2005

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Benedita Pessoa Forte
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes
Examinadora

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Examinador Suplente

Aos meus pais, Expedita Silvino dos Santos e Martinho Alves dos Santos (*In memoriam*), por terem me ensinado a lutar por uma vida digna e nunca desistir frente às dificuldades do dia-a-dia.

Agradecimentos

A DEUS, por me haver permitido chegar onde cheguei como profissional;

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pelo apoio financeiro que viabilizou o desenvolvimento deste estudo;

Ao Prof. Dr. Marcos Venícios, por haver aceitado ser meu orientador e compartilhado conhecimentos que viabilizaram a elaboração desta pesquisa;

Aos membros da Banca Examinadora, pela aceitação em partilhar comigo este momento importante da minha vida acadêmica;

Às minhas colegas de mestrado, de modo específico a Suêuda Costa, pela convivência e amizade sempre presente;

A minha irmã Fátima Martinho, por sempre torcer e acreditar no meu potencial profissional;

À Prof.^a Dr.^a Lígia Barros Costa, pelo que representa para a Enfermagem cearense e pela sua imensa generosidade e altruísmo demonstrados pela disponibilidade infinita em ajudar ao próximo;

Às enfermeiras do CEDEFAM/UFC, pelo apoio que me deram durante o mestrado;

À enfermeira Lidiane Dias Freire, pela ajuda e apoio que me deu na construção deste conhecimento, através do empréstimo de material literário;

Às Técnicas de Enfermagem Alessandra Rocha e Mota Maria, pela amizade, carinho e força nos momentos bons e difíceis da minha caminhada profissional;

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta elaboração de conhecimento em Enfermagem.

“Como a vida, que é sua fonte, os cuidados e entre eles o de enfermagem, tem e terão ainda que se procurar. Como a vida, que alguém disse que é preciso reinventar, há que se reinventar os cuidados. Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes, que restituam um sentido à vida tanto dos que os recebem como dos que o prestam.”

Collière

RESUMO

Martinho, Neudson Johnson. **Guia de Conduta em Pré-Natal:** desenvolvimento de tecnologia em Enfermagem à luz da CIPE - versão alfa. Fortaleza, 2005. 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

O enfermeiro obstetra volta ao cenário da saúde reprodutiva com suas responsabilidades ampliadas, como estratégia proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS, para a redução dos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal. Este fato, torna maior a exigência de melhor qualificação profissional, para que as intervenções implementadas para proteção à saúde da mulher e da criança sejam efetivas e eficazes. Nesta perspectiva, desenvolvi este estudo documental, objetivando propor um guia de conduta para as ações clínicas dos enfermeiros em consulta pré-natal na dimensão fisiológica, subsidiado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE. Foi desenvolvido no Centro de Parto Natural, do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizado na cidade de Fortaleza-CE. A população se constituiu de 253 prontuários de gestantes que se submeteram a consulta de enfermagem em pré-natal no período compreendido entre julho de 2003 a agosto de 2004, e a amostra foi composta por 62 prontuários randomicamente selecionados. Utilizei um instrumento para coleta de dados que continha os fenômenos de Enfermagem segundo a CIPE - versão alfa. Os dados foram coletados nos meses de maio a agosto de 2004. Detectei que os fenômenos mais prevalentes nas gestantes foram: sono intermitente (56,5%); dispnéia funcional (51,6%); edema (37,1%); ortopnéia (35,5%) e constipação (32,2%). Efetivei os testes de associação de qui-quadrado e Fisher, mas não houve associação dos fenômenos entre si e nem com as demais variáveis do estudo. O desenvolvimento do guia de conduta me possibilitou verificar que o uso de tecnologias é algo acessível à Enfermagem e que a CIPE pode contribuir para melhor organização das ações do enfermeiro no pré-natal, a partir das respostas das gestantes frente às alterações fisiológicas ocasionadas pela gravidez.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Classificação Internacional de Problemas de Saúde em CPS. Tecnologia Biomédica.

ABSTRACT

Martinho, Neudson Johnson. **Guideline in Prenatal:** development of nursing technology in the light of CIPE – alpha version. Fortaleza, 2005. 112p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Program of Post-Graduation in Nursing, Universidade Federal do Ceará.

The obstetric nurse returns to the scenery of reproductive health with their responsibilities enlarged, as strategy proposed by the World Organization of Health - OMS, for the reduction of the maternal and perinatal mortality rates. This fact increases the demands of better professional qualification, so that the interventions implemented for the protection of women's and children's health are effective and efficacious. In this perspective, we developed this documental study, aiming to propose a guideline for the nurses' clinical actions in prenatal consultations in the physiological dimension, subsidized in the International Classification for the Practice of Nursing-CIPE. It was developed at the Center of Natural Childbirth of the Center of Family Development - CEDEFAM/UFC, located in the city of Fortaleza-CE. The population was constituted of 253 records of pregnant women that attended the prenatal nursing consultation in the period between July 2003 and August 2004, and the sample was composed of 62 records selected at random. We used an instrument for data collection that contained the Nursing phenomena according to the CIPE - alpha version. The data were collected in the months of May and August 2004. We detected that the more prevalent phenomenon in the pregnant women were: intermittent sleep (56,5%); functional dyspnea (51,6%); edema (37,1%); orthopnea (35,5%) and constipation (32,2%). We carried out the tests of association qui-square and Fisher, but there was not association of the phenomenon among themselves, nor with the other variables of the study. The conduct guide's development made it possible to verify that the construction of technologies is something accessible to Nursing and that the CIPE can contribute to a better organization of the nurse's actions during prenatal period, starting from the answers of the pregnant women facing the physiological alterations caused by pregnancy.

Keywords: Prenatal Care. International Classification of Health Problems in PHC. Biomedical Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Tecnologias utilizadas pela Enfermagem na arte do cuidar.....	22
FIGURA 2 - Fluxo de desenvolvimento e implantação dos guias de conduta.....	30
QUADRO 1 - Benefícios e desafios de implantação de guias de conduta.....	29
QUADRO 2 - Classificação dos níveis de evidência segundo o tipo de estudo.....	31
QUADRO 3 - Classificação dos níveis de evidências para recomendações terapêuticas.....	31
QUADRO 4 - Sistema de Classificação dos achados.....	32
QUADRO 5 - Sistema de graduação para recomendações quanto a utilidade do guia.....	32
QUADRO 6 - Distribuição das funções fisiológicas afetadas identificadas na amostra.....	53
QUADRO 7 - Distribuição dos fenômenos de Enfermagem identificados na amostra.....	58
QUADRO 8 - Matriz do guia de conduta para identificação dos fenômenos de Enfermagem mais prevalentes em gestantes e intervenção do enfermeiro durante a consulta pré-natal....	72
TABELA 1 - Distribuição da amostra segundo dados sócio-econômicos.....	47
TABELA 2 - Distribuição da amostra segundo dados obstétricos.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Tecnologia em Saúde.....	17
3.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE.....	23
3.3 Guias de Conduta de Enfermagem.....	28
3.4 Evolução Histórica da Atuação da Enfermagem Brasileira na Assistência Pré-Natal.....	33
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	39
4.1 Descrição da natureza do estudo.....	39
4.2 <i>Locus</i> da pesquisa.....	40
4.3 Plano amostral (população e amostra).....	42
4.4 Instrumentos e período da coleta de dados.....	43
4.5 Organização e análise dos dados.....	44
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	45
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
5.1 Dados Sócio-Econômicos das Gestantes.....	47
5.2 Dados Obstétricos das Gestantes.....	51
5.3 Funções Fisiológicas Afetadas nas Gestantes.....	53
5.4 Fenômenos de Enfermagem Identificados.....	58
Guia de conduta de Enfermagem para fenômenos relacionados a alterações no padrão sono durante a gravidez.....	60
Guia de conduta de Enfermagem para fenômenos relacionados a alterações no padrão respiratório durante a gravidez.....	62
Guia de conduta de Enfermagem para fenômenos relacionados a alterações no padrão hidratação e eliminação de líquidos durante a gravidez.....	64
Guia de conduta de Enfermagem para fenômenos relacionados a alterações no padrão eliminação intestinal durante a gravidez.....	66

Guia de conduta de Enfermagem para fenômenos relacionados a alterações tegumentares durante a gravidez.....	70
5.5 Matriz do Guia de Conduta de Enfermagem.....	72
5.6 Fundamentação para implementação das intervenções de Enfermagem segundo o guia de conduta.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
7 REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS.....	86

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem, no decorrer de sua história, têm buscado acompanhar as mudanças ocorridas no cenário político e organizacional na área da saúde. Hoje são desenvolvidos estudos que visam a definir um corpo próprio de conhecimentos frente às demandas vigentes do mundo globalizado, o qual exige, cada vez mais, conhecimentos especializados nas diversas áreas profissionais da saúde.

Dentre estas demandas, a diminuição do índice de morbi-mortalidade materna e infantil nos países pobres e em desenvolvimento é uma das exigências feitas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Estes órgãos ressaltam a urgente necessidade de reformulação do modelo de assistência à saúde e da formação profissional, considerando que práticas obsoletas em obstetrícia são um dos fatores que contribuem para o atual quadro epidemiológico, as quais devem ser substituídas por ações baseadas em evidências científicas (MERIGHI e GUALDA, 2002).

A OMS chama a atenção dos ministros da saúde do mundo e, de modo específico, da América Latina, para a atuação dos enfermeiros-obstetras, ressaltando que, por estes profissionais utilizarem menos práticas intervencionistas nos seus cuidados maternos, são mais apropriados para o acompanhamento das gestações e partos normais (*ibidem*).

Então, a Enfermagem obstétrica volta novamente ao cenário mundial da saúde, cujas ações são apontadas como uma das estratégias efetivas para mudança dos dados epidemiológicos citados, principalmente nos países pobres da América Latina (*ibidem*).

O Brasil está inserido neste quadro, por apresentar elevado índice de mortalidade materna, semelhante aos dos países mais pobres da América Latina, sendo as Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste as mais afetadas, fato que levou o ministro da saúde na época – Sr. José Serra – subsidiado em orientações da OMS, assinar a Portaria nº 2.815 de 25/5/98, que considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto por enfermeiros obstetras (*ibidem*).

Dois anos depois, foi assinada outra Portaria, a de nº 569, instituindo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, sendo atribuído destaque para a categoria de

Enfermagem obstétrica, como profissional-chave para efetivação deste programa, diretamente responsável pelo pré-natal de baixo risco (*ibidem*).

Com esta (re)inserção do enfermeiro obstetra no cenário da saúde brasileira com ampliação de ações e responsabilidades, é importante que se estabeleçam propostas para a qualificação do profissional, fornecendo competência teórica e prática para que participem ativamente das transformações necessárias no modelo assistencial e no quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal (RIESCO, 2005).

Neste contexto, Moraes (2002) enfatiza que se faz urgente o desenvolvimento de políticas que estimulem a produção de tecnologias nas instituições de ensino na área da saúde, que favoreçam a otimização das ações em atenção primária e viabilizem os princípios de universalidade e acessibilidade ao sistema.

A produção de tecnologias em saúde no Brasil, porém é bastante escassa, principalmente na área de Enfermagem, pois ao avaliarem resumos de trabalhos publicados nos três últimos congressos brasileiros de Enfermagem, Mendes *et al.* (2002) detectaram que, de 5.875 trabalhos, somente 16 tinham características de produção tecnológica.

Como sou enfermeiro assistencial na área de atenção primária à saúde, onde realizo consultas de Enfermagem em pré-natal dentre outras que contemplam os programas do Ministério da Saúde do Brasil, refletindo sobre estas questões, pensei na possibilidade de elaborar um guia de conduta para a identificação de fenômenos de enfermagem nas gestantes durante o acompanhamento pré-natal, tendo como subsídio a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) na versão alfa, por entender que esta providência poderá atender a dois aspectos importantes para a profissão: produção de tecnologia e identificação de elementos próprios da enfermagem que propiciem uma consulta pré-natal específica do enfermeiro.

Os motivos que me levaram a almejar o desafio de elaborar um guia de conduta tendo a CIPE - versão alfa como subsídio, foram:

- segundo Minatel (2002), os guias de conduta se caracterizaram como estratégias que otimizam a prática de Enfermagem baseada em evidências científicas. Isto já atende em parte a orientação da OPAS/OMS;

- optamos pela CIPE para nortear este estudo, em consequência da escassez de estudos específicos no Brasil sobre a mesma, além de que, nosso País participa desta classificação, sendo o Ceará um dos estados envolvidos;
- consoante Nóbrega e Gutiérrez (1999) *apud* Chianca e Antunes (1999) não existe ainda um consenso entre os enfermeiros brasileiros quanto à expressão “fenômeno de enfermagem” ser ou não melhor usado como conceito central, fato que leva em suas entrelinhas a necessidade de que estudos sejam desenvolvidos para análise e utilidade do termo;
- escolhemos a versão alfa da referida expressão, pelo fato de sua estrutura de classificação dos fenômenos ser mono-hierárquica, o que torna mais fácil sua compreensão. Monohierárquica quer dizer: apresenta no vértice um único princípio – a expressão fenômeno de enfermagem como um termo geral, que se divide em outros mais específicos, além de já existir um trabalho de validação semântica desta classificação (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000);
- outro aspecto relevante diz respeito ao fato de esta classificação ser um *continuum* no mundo, o que requer mais estudos que a legitimem;
- neste estudo, investigaremos apenas as funções fisiológicas relacionadas ao ser humano, por atenderem no momento, a necessidade sentida de se estruturar um guia para conduta clínica de Enfermagem no sentido de identificar os fenômenos de Enfermagem presentes em gestantes;
- estudos que validem a formulação de um sistema de classificação internacional para a Enfermagem é uma das recomendações do CIE.

Desta forma, a classificação dos fenômenos de Enfermagem identificados no cuidado das gestantes durante o pré-natal caracteriza-se como nosso objeto de investigação.

Quanto ao preparo de um guia de conduta, segundo Minatel e Simões (2003), enfermeiros em inúmeros países, principalmente da Europa, Oceania e América do Norte, estão fazendo guias de conduta como estratégia de sobrevivência com relação à crise econômica mundial que têm repercutido nos diversos cenários internacionais da saúde.

Isto me estimulou a tentar desenvolver um destes guias, considerando que a crise mundial também repercute em nosso sistema de saúde, o que torna necessária uma busca constante da organização do fazer de Enfermagem, direcionado aos aspectos específicos da profissão.

Neste contexto, e partindo do princípio de que a OPAS e OMS (2003) definem tecnologia em saúde como todo produto, método, processo ou técnica elaborados e utilizados para solucionar problemas de saúde e que atendam aos quesitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e impacto comprovado, considere a possibilidade da execução do guia de conduta uma tecnologia que contempla estas variáveis.

A elaboração e utilização de um instrumento que se legitime como tecnologia para a Enfermagem, no entanto, exige do enfermeiro aprofundamento dos conhecimentos de Clínica e Economia da saúde, para efetivação de um cuidado de excelência, o qual é compreendido, segundo Silva *et al.* (2003, p. 11) como:

- Trabalho colaborativo com outros membros da equipe de saúde.
- Identificação dos resultados esperados, para e com o paciente.
- Uso de princípios de melhoria contínua de qualidade.
- Orientação do cuidado de enfermagem para o alcance dos resultados esperados, face às intervenções propostas.
- Promoção de uma prática profissional fundamentada em evidências científicas.

Diante de todos os pontos suscitados, almejo que este estudo possa contribuir para a produção de um guia de conduta em pré-natal, que contenha uma linguagem própria da Enfermagem, despertando nos profissionais docentes e assistenciais uma possível reflexão teórico-metodológica sobre o ensino em Enfermagem obstétrica, e sirva de estímulo para a elaboração de outros estudos nesta dimensão do saber e cuidar do enfermeiro, tornando mais clara a visualização social da profissão e legitimação da autonomia da Enfermagem no interior das práticas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Propor um guia de conduta subsidiado na CIPE - versão alfa para as ações clínicas dos enfermeiros em consulta pré-natal com base na ocorrência de fenômenos de Enfermagem na dimensão fisiológica.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar os dados sócio-econômicos e obstétricos de gestantes atendidas no CPN/CEDEFAM – UFC;
- identificar os fenômenos de Enfermagem prevalentes nos registros de gestantes submetidas à consulta de pré-natal, e;
- verificar as funções fisiológicas mais afetadas durante a gravidez.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Tecnologia em Saúde

Para entendermos como se define a tecnologia em saúde, faz-se necessário que compreendamos os aspectos conceituais que envolvem o termo tecnologia, o qual muitas vezes é banalizado ou percebido de forma radical na sociedade.

Concepções sobre tecnologia são bombardeadas e banalizadas pela mídia escrita e televisionada, muitas vezes sendo apresentada somente como fabricação de máquinas e sua forma de utilização. Em alguns momentos, é considerada como elemento essencial ao viver bem numa sociedade capitalista e moderna; em outros, é repassada como algo que contribui para o isolamento e deterioração das relações humanas, ou seja, sua conceituação é atrelada à realidade e ao contexto que a envolvem.

No universo acadêmico, também se percebem divergências conceituais quanto ao termo tecnologia, fato que origina duas alas de pensadores: os que defendem a tecnologia por acreditarem que esta representa o progresso do saber humano, e os que são contrários a sua utilização, por acharem que têm causando danos ao homem e à natureza, consolidados pela escravidão do homem à máquina e contínua destruição da natureza.

Ao discorrer sobre a evolução conceitual, buscamos neste estudo alguns autores que procuraram (re)conceituar a tecnologia de maneira mais abrangente, imergindo-a na dimensão de uma prática mais humanística, transcendendo o aspecto meramente técnico e material, demonstrando que, numa dinâmica de complementaridade ética e política, a tecnologia pode se tornar um instrumento de libertação do homem quanto ao sofrimento e estresse do dia-a-dia.

Barbieri (1990) ressalta que a tecnologia está fortemente ligada à ciência, caracterizando-se por ser um fato relativamente recente e que surgiu com referência às sociedades que passaram a utilizar máquinas, ou seja, se industrializavam.

Trentini e Gonçalves (2000), porém, enfatizam não concordarem com a noção de que, hoje, a produção tecnológica ainda seja entendida apenas como a feitura de aparelhos, e referem que a tecnologia pode ser conceituada como um trabalho sistematizado, que apresente

uma ação intencional de mudança sobre a realidade, resultando em produtos tangíveis (instrumentos para uso) ou simbólicos.

Reavendo a evolução histórica do conceito sobre o termo tecnologia, Nietzsche (2000) informa que este termo surgiu no início do século XVII, com vistas a aproximar a técnica da ciência moderna, ou seja, buscava subsidiar a técnica com uma teoria científica.

Tecnologia, entretanto, é um termo mais amplo do que técnica. Neste contexto, Nietzsche (*ibidem*, p. 35), comentando sobre a amplitude do conceito de tecnologia e sua diferenciação da técnica, ressalta:

Tecnologia é um conceito muito mais amplo, não podendo ser entendida de uma forma simplista, sem consideração, por exemplo, ao saber veiculado através da cultura, ou à sua associação com o uso de conhecimentos científicos na solução de problemas técnicos.

Já a palavra técnica provém do grego ‘*techné*’, e não abrange apenas ao fato de fazer de forma artesanal, intuitiva, mas um fazer permeado pelo saber, o que o torna fundamentado, caracterizando-se apenas como uma parcela da tecnologia, uma ação prática que se relaciona ao como fazer algo, mediante procedimentos definidos (BARBIERI, 1990; LENK, 1975).

Corroborando o pensamento de Barbieri (1990) e Lenk (1975), Sampaio e Pellizzetti (1996) acatam que a idéia de técnica representa o modo de agir com formas determinadas para se alcançar objetivos, abrange todos os modos de utilização de instrumentos, consistindo na aplicação específica do método científico de resolução de problemas.

Já Rattner (1985) discorda desses entendimentos, afirma que tecnologia conjuga equipamentos e máquinas, podendo existir outras modalidades, como as tecnologias sociais, a de administração da produção de recursos materiais e humanos.

Complementando o conceito de Rattner (1985), Medeiros e Medeiros (1995) concebem tecnologia como o conhecimento que se utiliza para criação ou aperfeiçoamento de produtos e serviços. Acrescentam, ainda, que se trata também do conjunto de conhecimentos, práticos ou científicos, aplicados à obtenção, distribuição e comercialização de bens e serviços.

Aprofundando mais a concepção de tecnologia, porém, sem se distanciar muito da linha de raciocínio anterior, Bunge (1985) *apud* Nietzsche (2000, p. 47) explica que se trata do:

[...] vastíssimo campo de investigação, desenho e projeto que utiliza conhecimentos científicos, com o fim de controlar coisas ou processos naturais, de desenhar artefatos ou processos, de conceber operações de maneira racional.

Abordando tecnologia numa leitura sociológica, Gonçalves (1994) a considera como conjunto de saberes e instrumentos, que expressa nos processos de produção de serviços a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática.

Entendemos, então, que a proximidade da tecnologia com as ações dos profissionais da área da saúde está permeada por aspectos sociais, partindo do princípio de que a saúde é um produto de ordem social e não apenas biológica ou que dependa somente de ações puramente técnicas para recuperá-la ou mantê-la.

A incorporação tecnológica no setor saúde, no entanto, não se deu de forma essencialmente humanitária, mas atrelada a questões prioritárias do sistema econômico e mercantilista, atendendo sobretudo aos interesses da classe que detém a hegemonia e o poder no setor saúde, sendo a ênfase tecnológica dada à assistência médica, principalmente hospitalar, privatizada, curativa e individual, que otimiza a utilização de insumos e materiais, como produtos farmacêuticos e equipamentos médicos (PEIXOTO, 1990).

A concepção de tecnologia em saúde como produção ou uso de instrumentos, medicamentos e maquinaria, visando apenas à doença e sua cura, é consequência da influência do modelo biomédico na formação dos profissionais da saúde, sendo a Enfermagem influenciada por dois modelos tecnológicos da Medicina: a clínica e a epidemiologia, os quais surgiram do confronto entre subjetividade e coletividade (NIETSCHE, 2000).

Maia (1984, p. 104) reforça as posições anteriores, ao acentuar que tecnologia em saúde é um conceito percebido como intrínseco à tecnologia médica, caracterizado por ser: “o conjunto ordenado de todos os conhecimentos e instrumentos utilizados na produção, distribuição, uso e organização dos serviços médicos”.

Para OPAS e OMS (2003), a tecnologia em saúde não está apenas atrelada ao serviço ou produto médico, mas deve ser considerada como todo produto, método, processo ou técnica elaborados e utilizados para solucionar problemas de saúde e que atendam aos quesitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e impacto comprovado.

Quanto ao uso de tecnologias pela enfermagem, Collière (1989) assiná-la que os enfermeiros sempre utilizaram tecnologias na efetivação do cuidar, mas, nem sequer as identificam, por acreditarem ou perceberem tecnologia somente como uso de maquinaria.

Reavendo a história do uso de tecnologias pela Enfermagem brasileira, Souza (1988) *apud* Nietsche (2000) refere que o início se deu na década de 1950, quando os enfermeiros começaram a utilizar e pesquisar sobre técnicas em sua prática, tendo por finalidade demonstrar um exercício embasado em conhecimento científico.

Estas técnicas eram subsidiadas em conhecimentos científicos ensinados nas ciências naturais (Anatomia, Microbiologia, Fisiologia, Patologia) e ciências sociais, consolidadas na época em um livro sobre princípios científicos de enfermagem, intitulado: *Scientific Principles in Nursing*, o qual foi literatura utilizada na formação de enfermeiros em vários países (ELHART e FIRSICH, 1983).

A partir de então, começa a se constituir uma visão tecnológica da técnica na Enfermagem, possibilitando aos enfermeiros percebê-la não mais como simples roteiro sistematizado, mas com fundamentos teóricos das ciências biológicas, exatas, humanas e sociais (MEIER e NASCIMENTO, 2003).

Foi, no entanto, no final dos anos 1960 e durante a década de 70 o período de maior discussão sobre tecnologia em enfermagem no mundo, pois nesta época se efetivaram pesquisas na busca da formação de um corpo específico de conhecimentos, foram elaborados conceitos e teorias, modelos para a prática e marcos referências, como: Modelo de adaptação, de Roy, de sistema comportamental, de Johnson, do autocuidado, de Orem e de sistemas, de saúde de Newman (CARPENITO, 1997).

Foi na década de 1970 introduzido no Brasil o processo de Enfermagem pela Dra. Wanda de Aguiar Horta e juntamente com ele, foram preconizados os instrumentos básicos de Enfermagem, caracterizados por observação, método científico, criatividade, comunicação, habilidades cognitivas e manuais, planejamento, trabalho em equipe (CIANCIARULLO, 1996). Não é em vão que os anos 1970 foram considerados o período de maior evidência de reflexões e discussões sobre tecnologia na Enfermagem brasileira (SENA, 1998 *apud* NIETSCHKE, 2000).

Referindo que o tipo de abordagem tecnológica usada na formação profissional da enfermagem é de caráter simples e, dentro da dimensão humanística do cuidar em detrimento

do uso de maquinarias ou instrumentos, Collière (1989) considera que as tecnologias apropriadas pela enfermagem são caracterizadas por: aquelas que servem a manutenção da vida, tipificadas pelos cuidados de higiene e alimentação; medidas de conforto, sendo que estas sempre estão acompanhadas do componente relacional (enfermeiro e cliente), as de reparação, que vão desde o uso de simples instrumentos à maquinaria mais complexa, dependendo mais da prescrição médica; e as tecnologias de informação, representadas pelos planos de cuidado de Enfermagem e planejamento para gestão do serviço de Enfermagem.

Nesta perspectiva humanística do cuidar de Enfermagem, Nietzsche (2000, p. 53) considera e apresenta os tipos de tecnologias criadas por Foucault como próximas às tecnologias de Enfermagem, ressaltando que elas possuem razões práticas de existir e quase sempre funcionam de modo associado:

- a) tecnologia de produção, que nos permitem produzir ou manipular coisas;
- b) tecnologias de sistema de signos, que nos permitem utilizar signos, sentidos, símbolos ou significados;
- c) tecnologias do poder, que determinam a conduta dos indivíduos, os submetem a certo tipo de fins ou de dominação e consistem em uma objetivação do sujeito;
- d) tecnologias do eu, que permitem aos indivíduos efetuar, por conta próprias ou com a ajuda de outros, certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamento, conduta ou qualquer forma de ser, obtendo assim transformação de si mesmos com o fim de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade.

Percebendo a efetividade do cuidar de Enfermagem como resultado da relação interpessoal e social do enfermeiro com o cliente, Nietzsche (*ibidem*, p. 125) cita as oito tecnologias necessárias para as relações sociais e interpessoais, propostas por Orem como elementos importantes para o cuidado:

- a) comunicação ajustada à idade e estado de desenvolvimento, ao estado de saúde, orientação sócio-cultural;
- b) provocar e manter relações interpessoais, intergrupais para coordenação de esforço;
- c) provocar e manter relações terapêuticas sob a luz dos modos psicossociais de funcionamento em saúde e doença;
- d) dar assistência humana adaptada às necessidades humanas e habilidades de ação e limitações;
- e) manter e promover processos de vida;
- f) regular modos psicofisiológicos de funcionamento em saúde e doença;
- g) promover crescimento e desenvolvimento humano;
- h) regular posição e movimento no espaço.

O corpo e os órgãos do sentido são os primeiros instrumentos na tecnologia de Enfermagem utilizados pelos enfermeiros ao prestarem cuidados. Embora esta utilização não seja refletida no cotidiano profissional, o corpo se mantém até hoje como principal

instrumento tecnológico, por ser o veículo, o mediador dos cuidados prestados (COLLIÈRE, 1989).

É importante e necessário que os enfermeiros redescubram as propriedades energéticas do corpo, como as proprioceptivas, térmicas, mecânicas e outras, sendo de igual importância se reencontrar a sensibilidade, pois esta sensibilidade no cuidar favorecerá ao profissional perceber e experimentar o que o outro sente, e o que ele experimenta diante da prática vivenciada (*ibidem*).

Com estas concepções, concluímos que o corpo, os sentidos e a comunicação constituem os instrumentos essenciais que compõem a tecnologia em Enfermagem, no entanto, necessitam ser apreendidos pelos enfermeiros como tecnologias produtoras de resultados que repercutem no ato de viver ou morrer com qualidade.

De uma forma sintética, fazemos representar as tecnologias utilizadas pela Enfermagem em um diagrama, o qual à sua esquerda mostra os instrumentos e à direita as respectivas tecnologias relacionadas a estes, os quais estão entrelaçados, resultando no saber/fazer da Enfermagem como uma tecnologia puramente humanística.

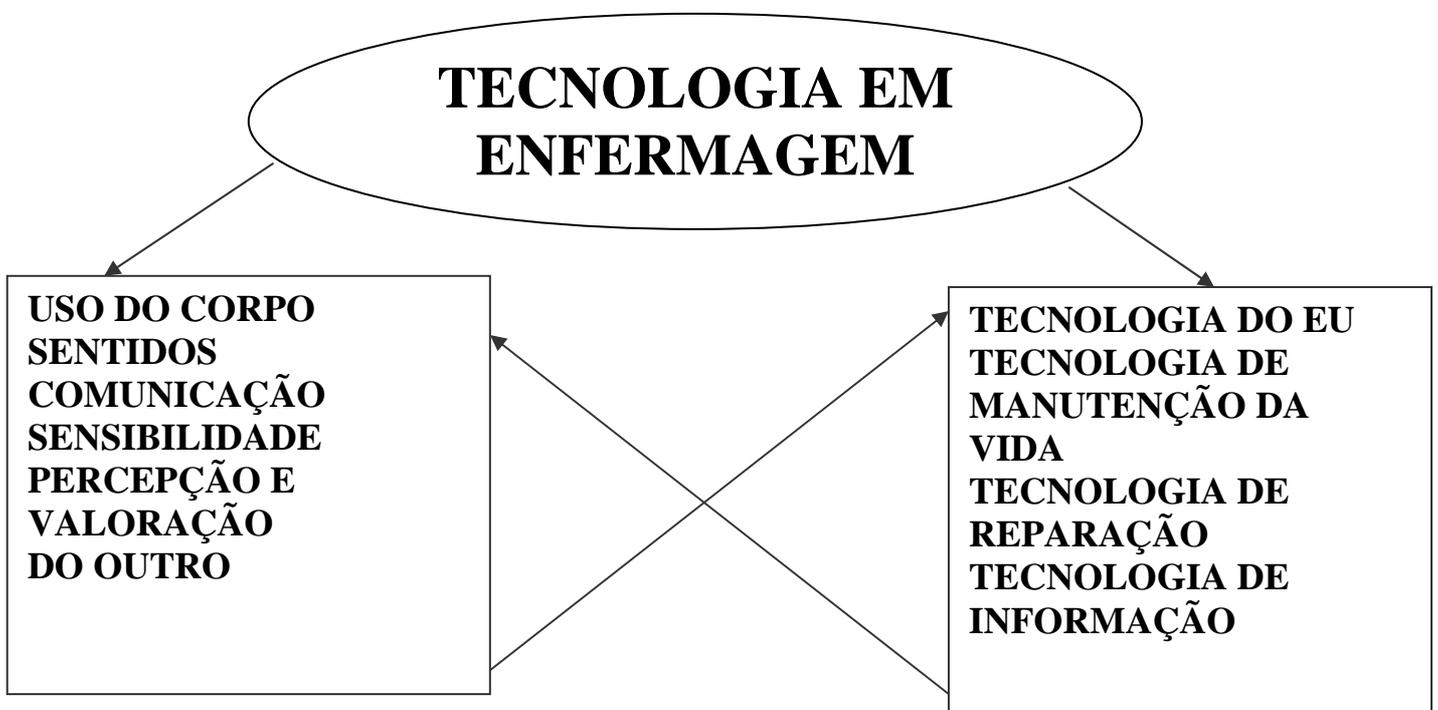


Figura 1. Tecnologias utilizadas pela Enfermagem na arte do cuidar.

Apesar de estudos e reflexões sobre a tecnologia de Enfermagem no Brasil terem começado na década de 1950, somente no 44º CBEn, realizado em Brasília no ano de 1992, é que ocorreu a primeira exposição tecnológica de Enfermagem. Foram apresentados alguns protótipos de tecnologia simplificada, utilizados por equipes de Enfermagem desde 1996; alguns trabalhos foram até premiados pelo CNPq e ABEn.

Desde então, a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn proporciona espaços para a divulgação de tecnologias e inventos de Enfermagem nos congressos brasileiros de Enfermagem, como o 47º CBEn, em Goiás, e 51º CBEn, em Florianópolis (MANCIA, LEAL e MACHADO, 2003).

3.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Durante todo o percurso de sua história, a Enfermagem buscou, e continua buscando, formular um corpo próprio de conhecimentos, na tentativa de se estabelecer uma linguagem universal da profissão visando, sobretudo à tornar claros os elementos específicos ao seu saber/fazer.

Já em 1859, a Enf^a. Florence Nightingale se preocupou com a identificação dos elementos específicos que estabelecessem a enfermagem como profissão, e buscou elaborar bases teóricas/conceituais, que se consubstanciaram em um modelo para a prática profissional. Almejava, dentre outros intentos, tornar claros os elementos específicos da profissão e a diferenciação do conhecimento de Enfermagem com relação à Medicina (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Este dado é corroborado por Leopardi (1999, p. 8), ao ressaltar:

A questão teórica na profissão nasce em Florence Nightingale, quando ela apresenta suas reflexões e diz que a natureza da Enfermagem é diferente da medicina e que, portanto, é necessário estudar e estruturar as maneiras de fortalecer nos indivíduos suas potencialidades naturais para que, por sua própria força, se opere a cura. Com esta proposição, ela afirma a importância de um trabalho dirigido por conhecimentos gerais e específicos que toda a enfermeira deve possuir.

No segundo quartel do séc. XX, mais precisamente em 1929, iniciou-se a tentativa de classificação da prática de Enfermagem mediante um estudo desenvolvido por Wilson, o qual objetivava separar os problemas de Enfermagem dos problemas médicos identificados

nos clientes, visando sobretudo a isolar aspectos específicos da Enfermagem nos cuidados de saúde em geral (ABEn, 1997).

Foi a partir da década de 1950 que se retomam com vigor questões voltadas para a identificação de conceitos próprios da profissão, na tentativa de diferenciar a Enfermagem da Medicina. Esse movimento ocorreu entre as enfermeiras dos Estados Unidos (CARPENITO, 1997).

O propósito central era aperfeiçoar o ensino de Enfermagem, mediante a organização do currículo de acordo com problemas próprios da Enfermagem ou necessidades dos pacientes, e não conforme a prescrição médica (*ibidem*).

Com este objetivo, foram desenvolvidos modelos conceituais ou teorias de Enfermagem, que produziram os quatro conceitos centrais do metaparadigma da Enfermagem: ser humano, saúde, ambiente e enfermagem, sendo que, destes, os três primeiros são conceitos de outras disciplinas que também têm como objeto de estudo o cuidado com a saúde (NÓBREGA e GUTIERREZ, 2000).

Nesta mesma década, são destacados pela literatura “os 21 problemas de Abdellah”, considerados a primeira classificação de problemas de Enfermagem. Também é citado estudo realizado por uma enfermeira chamada Vera Fry, em 1953, a qual identificou cinco áreas de necessidades dos clientes atendidos pela Enfermagem, tornando-se mais um estímulo para que outros trabalhos fossem desenvolvidos na perspectiva da classificação da prática de Enfermagem (MAZZA e MANTOVANI, 2001).

Na década de 1960, mais precisamente em 1966, Virgínia Henderson, levantou as 14 necessidades humanas básicas, as quais visava descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita, independentemente do diagnóstico e da prescrição médica (FARIAS *et al.*, 1990).

Os 21 problemas de Abdellah, a lista das 14 necessidades humanas básicas de Henderson e o modelo de levantamento de dados nas 13 áreas funcionais de McCain são considerados os precursores na sistematização de abordagens taxonômicas na Enfermagem, ou seja, marcos históricos do estabelecimento de uma linguagem específica da profissão (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

A partir de 1970, a elaboração e uso de sistemas de classificação na Enfermagem como forma de descrever a especificidade da prática, tornaram-se uma questão prioritária para o desenvolvimento da profissão, fato este que originou e ainda ocasiona críticas construtivas na busca de aperfeiçoamento das classificações de Enfermagem, as quais, em encontros científicos são repensadas, e conforme dados validados pela prática, são reformuladas (*ibidem*).

A Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) aprovou em 1973 a criação do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, o qual foi desenvolvido pela Força Tarefa da *American Nurses Association* (ANA), considerado como as respostas humanas frente a situações de saúde/doença (CARPENITO, 1997).

A partir de então, diversas classificações foram elaboradas, tais como: Classificação dos Cuidados Domiciliares de Saúde, de Omaha, das Intervenções de Enfermagem e Sistema de Classificação de Resultados do Paciente (*ibidem*).

Buscando refletir e aprofundar a idéia de fixação de um sistema de classificação de Enfermagem, cuja estrutura deixasse claras as regras para aceitação ou não pelos profissionais, e fossem de fácil compreensão o conjunto e subconjunto de categorias que iria compor tal sistema, Callista Roy propõem uma reunião em 1976 com os teóricos da Enfermagem (*ibidem*).

O Conselho Internacional de Enfermeiros, acatando as recomendações da OMS, iniciou em 1980 uma classificação internacional para a prática de Enfermagem, objetivando uma linguagem universal, visando a contribuir para inserção da perspectiva e saber da Enfermagem nas classificações de saúde internacional (ABEn, 1997).

Em agosto de 1987, foi enviado à OMS, sob o patrocínio das associações de Enfermagem canadense e dos EEUU, um documento substitutivo detalhando o sistema de classificação da NANDA, mas, este foi rejeitado pela OMS por falta de respaldo internacional (CARPENITO, 1997).

Observou-se que havia uma dificuldade na implementação da classificação apresentada em outras realidades de Enfermagem. Em consequência dos aspectos culturais pertinentes a outros países, era necessário o desenvolvimento de um sistema de classificação que os enfermeiros de todos os países pudessem usar (ABEn, 1997).

Em 1989, o CIE, acatando as recomendações da OMS, desencadeou estudos quanto à necessidade de viabilizar um projeto que pudesse expressar os elementos constitutivos da prática de Enfermagem em diferentes regiões, e viabilizasse uma analogia entre as práticas desenvolvidas em contextos regionais específicos, entre populações e diferentes épocas (*ibidem*).

Mais precisamente em 1991, o CIE, objetivando desenvolver um sistema que, a partir do conhecimento da linguagem utilizada pela Enfermagem em todo o mundo, descrevesse uma nomenclatura mundial, iniciou os estudos para o estabelecimento da CIPE, consultando associações-membros sobre quais as classificações as enfermeiras, em seus respectivos países, utilizam na sua prática (*ibidem*).

O concurso do Brasil no desenvolvimento da CIPE se efetivou em 1994, com a participação de cinco enfermeiras nacionais representando a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em Tlaxcala-México, numa reunião consultiva sobre a elaboração de instrumentos que facilitassem a identificação dos elementos da prática de Enfermagem (ABEn, 1997).

Foi recomendado pelo CIE, em 1995, que fosse realizada uma reunião no Brasil, sob coordenação da Fundação W. K. Kellog, contando com representantes dos outros países da América Latina, para ser delineado um projeto de classificação para a prática de Enfermagem a ser desenvolvido nesses países (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Em 1996, a ABEn desenvolveu e assumiu o Projeto Nacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (denominação brasileira), o qual é parte do Projeto Internacional da CIPE, liderado pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). Realizou neste período, a 1ª oficina sobre a CIPE, da qual participaram enfermeiras representantes de todas as regiões do Brasil (*ibidem*).

O projeto CIPESC teve início em 1997, sendo o Estado do Ceará um dos que participaram deste projeto (*ibidem*).

A CIPE é constituída por três pirâmides de conceitos: 1º- descreve os fenômenos de enfermagem, compostos pelos problemas e diagnósticos de enfermagem; 2º- são as intervenções de enfermagem; 3º- descreve os resultados clínicos do trabalho de enfermagem (CHIANCA e ANTUNES, 1999).

Partindo-se do princípio de que um dos dilemas no entendimento de modelos ou instrumentos norteadores de qualquer prática profissional é o desconhecimento e/ou incompreensão de termos específicos, apresentaremos a definição de alguns termos e expressões mais comuns na leitura da CIPE, apresentados em um estudo desenvolvido por Nóbrega e Gutiérrez (2000):

- Sistema de Classificação - instrumento que define o conjunto de conhecimentos por que uma profissão é responsável, identificando seu domínio e oferecendo uma estrutura referencial comum;
- Classificação da Prática de Enfermagem - entendida como uma totalidade – parte do trabalho de enfermagem; busca verificar a organização tecnológica da prática de enfermagem, apreendendo-a na sua relação com os outros trabalhos da saúde e na sociedade capitalista;
- Fenômenos de Enfermagem - são diagnosticados pelas enfermeiras e expressam o foco da prática de Enfermagem;
- Classificação dos Fenômenos de Enfermagem - representação do domínio do cliente, podendo este referir-se ao ser humano ou meio ambiente;
- Intervenção de Enfermagem - ação realizada em resposta aos fenômenos diagnosticados pelas enfermeiras;
- Classificação das Intervenções de Enfermagem - expressão das ações efetivadas pelos enfermeiros em relação aos fenômenos de enfermagem;
- CIPE - instrumento informacional para descrever a prática de Enfermagem e provê dados representantes desta prática nos sistemas amplos de informação em saúde;
- CIPE versão alfa - refere-se ao modelo da classificação dos fenômenos de Enfermagem como uma classificação mono-hierárquica, ou seja, é constituído por único princípio geral de divisão – a expressão fenômeno de Enfermagem – sendo que esta divisão tem como princípio lógico o foco da prática de Enfermagem. São seus componentes principais: Fenômenos de Enfermagem, as Ações de Enfermagem e os Resultados de Enfermagem (ANEXOS D e E);
- CIPE versão beta – modelo de classificação numa abordagem multiaxial ou poli-hierárquica, ou seja, permite mais de uma divisão do termo superior e combinações de conceitos das distintas divisões e eixos.

Justificando a utilização da CIPE, o CIE ressalta que esta pode ser utilizada para assegurar qualidade ou promover mudanças na prática de Enfermagem, pelo ensino, gerenciamento, desenvolvimento de políticas e pesquisa (ABEn, 1997).

A evolução histórica nos mostra que, desde a década de 1950, procura-se elaborar um sistema de classificação para a prática de Enfermagem, no entanto, esta necessidade continua vigente e fundamental para definir e descrever o corpo de conhecimento pelo qual a Enfermagem é responsável (CARPENITO, 1997).

3.3 Guias de Conduta de Enfermagem

Em consequência da escassez de literatura pertinente a guias de enfermagem em nosso país, escolhemos Minatel e Simões (2003) como autores clássicos e referência norteadora. Outro fator que nos levou a utilizá-las como referência central foi à experiência dessas autoras na elaboração e implantação deste guia no Brasil.

Os *guidelines* ou guias de conduta, como se denominado na língua portuguesa, são definidos por Minatel e Simões (*ibidem*, p. 50) como “prescrições sistematicamente desenvolvidas sobre cuidados de saúde apropriados para uma condição clínica específica”.

O desenvolvimento de *guidelines* funciona como estratégias que facilitam a prática de Enfermagem baseada em evidências científicas, tendo surgido no cenário mundial em consequência de pesquisadores terem verificado variações na prática clínica em populações semelhantes, representadas pelo superuso, mal-uso ou subuso de serviços de saúde, assim como as diferenças na qualidade do cuidado e nos custos assistenciais (MINATEL e SIMÕES, 2003).

Os primeiros guias abordavam temas internacionalmente usados como padrões de prática de Enfermagem, sendo considerados indicadores de qualidade da assistência, dando suporte para a prática profissional, sendo que a primeira constatação brasileira de elaboração e implantação de um guia de conduta ocorreu no serviço de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, em 2001, o qual objetivava fortalecer a prática e as competências clínicas do enfermeiro (*ibidem*).

Os guias devem contemplar temas que representem o modo de trabalho e a práxis de Enfermagem. Por isso, para sua elaboração, é necessário que o profissional enfermeiro tenha conhecimento prático e teórico quanto ao processo de Enfermagem e sua execução, sendo importante o embasamento clínico, para que as evidências científicas sejam identificadas.

Segundo Minatel (2002, p. 51-52), eles visam a atender parâmetros clínicos e uniformizar uma linguagem comum de aplicação no seu cotidiano, podendo ser baseado em teorias e nomenclaturas para orientar a sua prática, como, por exemplo, a CIPE.

Os objetivos da utilização de um guia de conduta em Enfermagem são referidos por Minatel e Simões (2003, p. 51) como:

- Subsidiar a tomada de decisão e julgamento clínico do enfermeiro;
- Limitar variações na prática;
- Eliminar ou reduzir custos desnecessários;
- Influenciar a prática da assistência numa direção científica;
- Evidenciar uma prática de excelência baseada em evidência;
- Promoção da imagem da enfermagem na comunidade científica.

Como em toda construção de conhecimentos tecnológicos, os guias de conduta apresentam benefícios e desafios a enfrentar, apresentados no quadro expresso na seqüência a seguir.

Quadro 1. Benefícios e desafios de implantação de guias de conduta.

BENEFÍCIOS	DESAFIOS
* Definição de “caminhos críticos” algoritmos, protocolos, prescrições diárias e outros.	* Pequena receptividade.
* Facilitação do desenvolvimento de critérios de revisão e de outras medidas de desempenho usados para avaliar a prática clínica.	* Revisão assistemática da literatura.
* Fonte respeitável de informação acerca de questões clínicas importantes.	* Graus de evidência de implementação bem-sucedida.
* Esclarecimentos de controvérsias clínicas significativas.	* Incerteza quanto aos processos ótimos por meio dos quais desenvolver guidelines.
* Recomendações práticas específicas para o manejo do paciente.	* Redundância temática.
* Avaliação de conseqüências econômicas de estratégias alternativas de manejo.	* Uso inapropriado da opinião de expertos.
* Identificação de pacientes que irão se beneficiar do uso de recomendações clínicas específica.	* Recomendações desatualizadas, conflitantes, incompletas, impraticáveis.
* Base útil para atividades efetivas de manejo de doenças.	* Avaliação inadequada das conseqüências econômicas de estratégias alternativas de diagnósticos ou tratamento.
	* Dificuldade em identificar pacientes que mais se beneficiariam.
	* Barreiras legais e administrativas.
	* Dificuldades de avaliar os resultados da implementação.

Fonte: WOOLF, S. H. apud MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática baseada em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Este quadro aponta os desafios a serem enfrentados na elaboração e implementação dos guias, o que requer dos profissionais envolvidos a apreensão de novos conhecimentos, para melhor compreensão dos fenômenos e estabelecimento de estratégias resolutivas.

Orientando quanto à formulação de um guia de conduta, Minatel e Simões (2003, p. 51) ressaltam não ser simples, pois é um trabalho árduo e sistematizado, devendo trilhar os seguintes passos:

- 1° - Decisão institucional
- 2° - Definição de temas prioritários
- 3° - Planejamento de etapas para a pesquisa de evidências científicas
- 4° - Escolha de critérios de avaliação
- 5° - Redação de condutas e recomendações para a prática assistencial
- 6° - Estabelecimento de indicadores para o processo de implantação
- 7° - Monitorização dos resultados dos guias.

Para melhor entendimento da elaboração dos guias, foi apresentado este diagrama com o fluxo de desenvolvimento e implantação, propiciando uma visão global do processo:

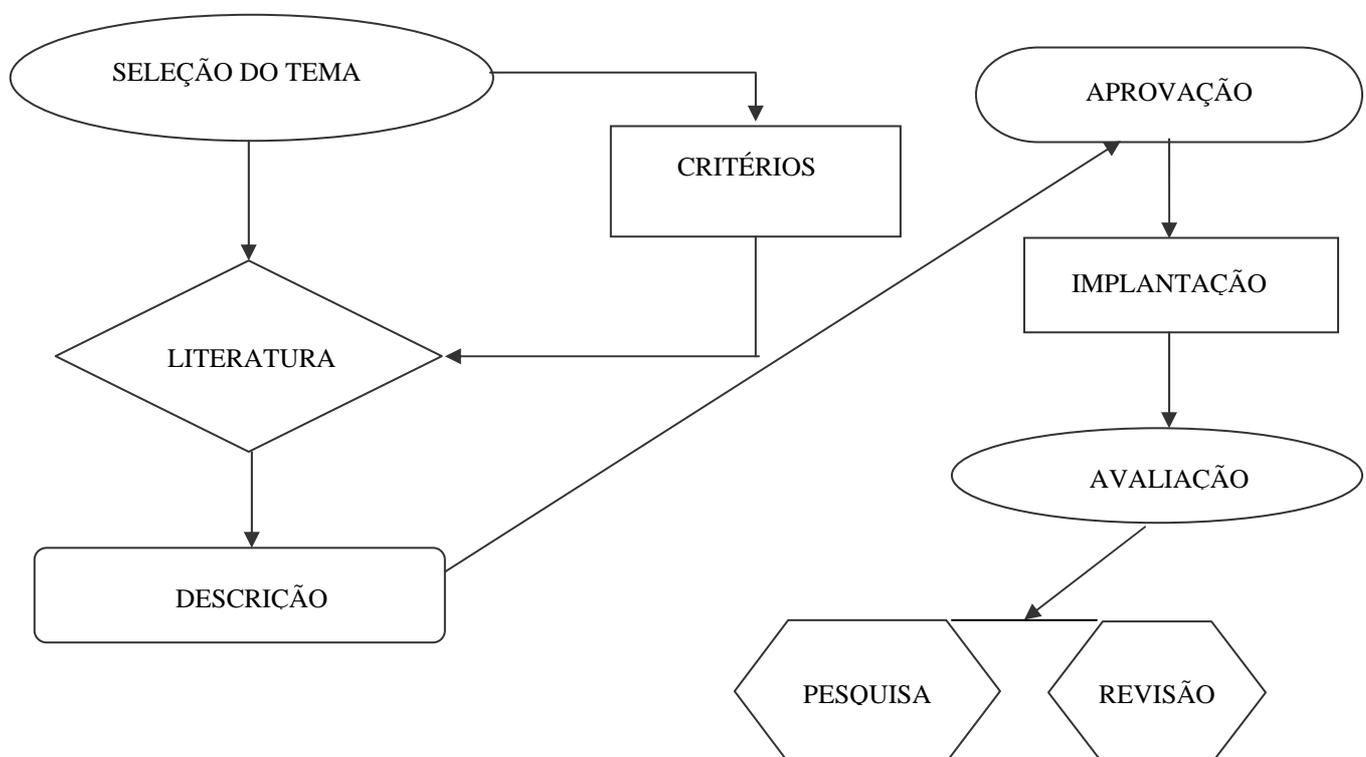


Figura 2. Fluxo de desenvolvimento e implantação dos guias de conduta.

Fonte: MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 51.

Neste fluxo, percebemos que, após selecionar o tema, devem ser estabelecidos critérios para pesquisá-lo na literatura científica, descrevendo-o e apresentando-o para aprovação na instituição envolvida, para em seguida, ser implantado e submetido a critérios de avaliação pré-estabelecidos, e novamente, ser submetido a revisão e legitimação por meio de pesquisa na literatura pertinente.

Outros itens estabelecidos que envolvem a execução de um guia de conduta são: seleção de padrões de prática de Enfermagem; busca sistemática na literatura, que é a procura das evidências em bancos de dados (periódicos, livros, busca eletrônica etc) sobre o assunto escolhido, e em seguida, a determinação dos níveis de evidência científica do guia, os quais são classificados em função dos tipos de estudos ou recomendações terapêuticas (MINATEL e SIMÕES, 2003).

Minatel (2002, p.11-12) nos apresenta quadros de classificação dos níveis de evidência que podem ser detectados nos guias de conduta, sendo o primeiro relacionado ao tipo de estudo:

Quadro 2. Classificação dos níveis de evidência segundo o tipo de estudo.

NÍVEIS	DEFINIÇÃO
I	Estudo controlado randomizado que demonstre uma diferença estatisticamente significativa, o N deve ser suficiente para excluir 25% de diferença de risco relativo, com poder de 80%.
II	Pelo menos um estudo randomizado moderado ou metanálise de pequenos estudos (equivalente a um estudo moderado).
III	Ensaio não randomizado com os controles contemporâneos selecionados por algum método sistemático ou análise de subgrupo de um estudo randomizado.
IV	Estudo antes/depois ou série de casos (10) com controles históricos ou retirados de outros estudos.
V	Série de casos (10) sem controles.
VI	Relatos de casos.
VII	Experimentos animais ou modelos mecanísticos, extrapolações de dados coletados com outros propósitos, conjunturas racionais comuns e opiniões sem referência aos estudos anteriores.

Fonte: MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 58.

Quadro 3. Classificação dos níveis de evidências para recomendações terapêuticas.

NÍVEIS	DEFINIÇÃO
I	Evidência baseada em ensaios clínicos randomizados ou metanálise de ensaios clínicos.
II	Baseada em estudos não randomizados.
III	Relatos de casos ou opiniões de especialistas.

Fonte: MINATEL, V. de F. Enfermagem baseada em evidências: aplicabilidade na prática assistencial: relato de experiência. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Enftec, 2002. p. 12.

E para ajudar na classificação das evidências, Minatel e Simões (2003) orientam um sistema de graduação para recomendações, que na realidade constitui uma classificação dos achados.

Quadro 4. Sistema de classificação dos achados.

A	A recomendação é baseada em 1 ou mais estudos nível 1.
B	A melhor evidência disponível está em nível II.
C	A melhor evidência disponível está em nível III.
D	A melhor evidência disponível está menos que o nível III e inclui opinião de especialistas.

Fonte: MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003. p. 58.

Procedidas às análises anteriores, o guia de conduta ainda deverá ser submetido a um sistema de recomendações, que será resultado das classificações de antes, acrescido de avaliações relacionadas a efetividade e eficiência, inclusive vendo o aspecto econômico, como custo-benefício e custo-efetividade do guia. Somente depois de efetivados estes passos, é que o guia poderá realmente ser implementado.

Quadro 5. Sistema de graduação para recomendações quanto à utilidade do guia.

A - definitivamente recomendada (evidência excelente)	Sempre aceitável e segura Definitivamente útil Eficácia e efetividade comprovadas
B - Aceitável	Aceitável e segura, clinicamente útil, não confirmado definitivamente.
B1 - Evidência muito boa	Considerado tratamento de escolha
B2 - Evidência razoável	Considerado tratamento opcional ou alternativo
C - Inaceitável	Clinicamente sem utilidade Pode ser prejudicial

Fonte: MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 59.

Enfim, a elaboração com implantação de guias de conduta será mais uma ferramenta impulsionadora da execução da consulta de Enfermagem com efetividade, favorecendo sobretudo a expressão dos fenômenos e ações de Enfermagem de relevância nas práticas específicas.

Como, hoje é exigida uma prática com excelência de qualidade, os guias poderão contribuir para atender esta exigência, estimulando a busca do conhecimento e a capacitação dos profissionais enfermeiros.

3.4 Evolução Histórica da Atuação da Enfermagem Brasileira na Assistência Pré-Natal

No século XIX, as taxas de mortalidade infantil eram elevadas. Na busca de solucionar este problema, programas de saúde começaram a ser desenvolvidos, entre eles, a assistência pré-natal. O enfoque assistencial entretanto, era exclusivamente centrado no ciclo gravídico-puerperal, sem considerar outros aspectos da saúde da mulher. O pré-natal surgiu como um processo de puericultura intra-uterina, cuja grande preocupação era com a demografia e com a qualidade das crianças que nasciam, e não com a proteção à mulher (BRASIL, 2001).

Em 1922, foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Neste evento, as mulheres desnutridas, sífilíticas e alcoólatras foram indiretamente responsabilizadas pelas elevadas taxas de mortalidade infantil na época, recomendando-se, então, a intervenção do Estado justificando-se o controle social sobre seus corpos. Foi neste contexto que se expandiu a assistência pré-natal no Brasil (*ibidem*).

A Medicina se ampliou em nosso País envolta em uma cultura que impedia a mulher de ser sujeito de sua própria história. Podemos considerar que, a partir desta expansão, teve começo a medicalização do corpo feminino, no qual o corpo e a vida da mulher eram manipulados, a gravidez e menopausa eram tratadas como doenças, a menstruação como distúrbio crônico e o parto passou a ser percebido como um evento cirúrgico (*ibidem*).

No século XX, o setor saúde no Brasil passou por significativas mudanças políticas-institucionais. A partir da década de 70, o Ministério da Saúde elaborou um conjunto de programas, entre eles o Programa de Saúde Materno-Infantil, no entanto, só depois que 1975 foi considerado o Ano Internacional da Mulher, aumentaram as preocupações quanto à saúde materno-infantil, com destaque para saúde da mulher. Neste período, foram ativadas e aumentadas as pesquisas e debates sobre esta temática, várias reflexões sobre que atuação

cabia ao Estado na implementação dos programas de saúde foram efetivadas em encontros regionais e estaduais nos estados brasileiros (TYRRELL e CARVALHO, 1993).

O grupo materno-infantil entendido como mulher em idade fértil, gestante, parturiente, criança e adolescente - abrange cerca de 70% da população total do País, o que mostra a importância biológica e econômica deste grupo, fato que levou o Ministério da Saúde a destacá-lo como de prioridade para efeito das ações integradas de saúde (YUNES, 1975 *apud* TYRRELL e CARVALHO, 1993).

A assistência de enfermagem foi inserida desde a primeira proposta do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), em 1973, como “execução de tarefas” denominadas de atendimento de Enfermagem, as quais eram consideradas individuais quando realizadas pelo enfermeiro e coletivas ao serem realizadas pelo pessoal auxiliar (TYRRELL e CARVALHO, 1993).

Em 1974, o PSMI foi efetivamente implantado, porém, em 1975, passou por modificações, mas continuou apresentando a assistência de Enfermagem à população ainda como atendimento de Enfermagem, cujas tarefas poderiam ser executadas por qualquer membro da equipe e se caracterizavam por: antropometria, sinais vitais, exame obstétrico, terapêutica de rotina, Educação para Saúde e orientação alimentar (*ibidem*).

As ações consideradas prioritárias no Programa de Saúde Materno-Infantil envolviam: assistência materna no pré-natal, parto, puerpério, pré-concepcional e no pré-nupcial; assistência infantil, composta por: assistência ao menor de 1 ano, à criança de 1 ano até completar 5 anos, de 5 anos até 12 anos e ao adolescente de 12 até aos 18 anos (*ibidem*).

O período compreendido de 1975-1985, considerado a década da mulher, foi importante para as mulheres brasileiras, pois ocorreram mudanças no PSMI e de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), caracterizadas pela reformulação das diretrizes do PSMI de atuação conjunta MS/MPAS (1978) e publicação, em 1984, do PAISM, isolando-o do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (*ibidem*).

As atividades delineadas para integrar o conjunto de ações básicas do PAISM foram constituídas pela assistência clínico-ginecológica, pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e o cuidado imediato do recém-nascido. Estas são também componentes da perinatologia (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde indica que a instituição do PAISM, em 1984, foi uma ação institucional em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres na época. Dentre as atividades propostas neste programa, estava incluída a assistência pré-natal (*ibidem*).

A Enfermagem foi inserida nesses programas sem autonomia, de forma pedagógica e autoritária, e as suas ações eram indicadas e descritas na assistência à mãe e à criança como triagem, encaminhamento, pré e pós-consulta, orientação para a saúde, dentre outras, todas apresentadas como estratégia de racionalização da assistência e contribuição da Enfermagem para atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000” (TYRRELL e CARVALHO, 1993).

A existência deste quadro, até certo ponto, é compreensível, haja as questões legais e políticas que permeavam a Enfermagem naquela época, pois não existia ainda o Conselho Federal de Enfermagem. Éramos fiscalizados pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde/MS (*ibidem*).

O exercício profissional era respaldado pela Lei nº 2.604, de 17/09/55, regulamentada pelo Decreto nº 50.387, de 28/03/61, a qual não atendia as necessidades da categoria e limitava o papel do enfermeiro, além de deixá-lo em condição ambígua frente às demais categorias profissionais, por serem de nível universitário e terem de desempenhar um papel subsidiário. A única atribuição exclusiva do enfermeiro era a direção e inspeção de escolas de Enfermagem e de auxiliar de enfermagem – letra c – do artigo 9 (*ibidem*).

Um grande referencial quanto à prática de Enfermagem e de enfermeiros obstetras na proteção da mãe e criança no Brasil foi o seminário sobre “Assistência Materno-Infantil no Brasil – Aspectos de Serviço e Educação em Enfermagem e Obstetrícia”, realizado no Rio de Janeiro em setembro de 1965, sob o patrocínio do Ministério da Saúde, Escola de Enfermagem Ana Nery e OPAS/OMS. Este evento tinha raízes em um estudo sobre pessoal obstétrico não médico, realizado no País em 1964, como parte de uma pesquisa realizada pela OPAS/OMS na América Latina (*ibidem*).

Em 1977, a denominação consulta de Enfermagem foi usada como sinônimo de atendimento de Enfermagem e descrita da seguinte forma: “é atenção dispensada à gestante e à criança por enfermeira ou pessoal auxiliar, visando atender às necessidades de saúde que

dispensam a participação médica”. Esta descrição foi lamentável pelas implicações conceituais e significados que inferia (*ibidem*, p. 223).

Várias lutas foram empreendidas pelos enfermeiros brasileiros no período de 1970-1985, buscando saberes e práticas em favor da caracterização do cuidado de Enfermagem na área materno-infantil, apesar das inconsistências sócio-políticas do País e da profissão, da defasagem da Lei do Exercício Profissional e da descaracterização da Enfermagem no PSMI (*ibidem*).

Com a promulgação da nova Lei do exercício profissional de Enfermagem - N° 7.498/86 - Decreto n° 94.406/87, o quadro anterior foi se modificando, nova conotação foi dada à consulta de Enfermagem, as ações do enfermeiro foram ampliadas, sendo respaldado a acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco (*ibidem*).

Mesmo com a promulgação da nova Lei do exercício profissional de Enfermagem, as ações do enfermeiro continuaram limitadas pela maioria das instituições de saúde do País, de modo específico a dos enfermeiros-obstetras, principalmente no que tange a realização do parto em maternidades (MERIGHI e GUALDA, 2002).

A situação da saúde reprodutiva no Brasil, ainda vem mostrando um grave quadro epidemiológico, pois o índice de morbi-mortalidade materna e perinatal ainda é elevado, sendo várias as causas apontadas, dentre as quais o modelo de assistência biocêntrico, fortemente intervencionista, e a inadequação da assistência pré-natal (*ibidem*).

Este quadro chamou a atenção dos órgãos nacionais e internacionais da saúde, e ações do enfermeiro-obstetra foram resgatadas no cenário da saúde reprodutiva, como estratégia de redução dos índices evidenciados. Isto levou, então, o ministro da saúde, José Serra, a assinar, em maio de 1998, a Portaria n° 2.185, a qual considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto por enfermeiros-obstetras, inclusive o pagamento e treinamento desses profissionais para realizar partos normais em hospitais e domicílios (*ibidem*).

A Portaria tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada pelo enfermeiro-obstetra no contexto da humanização, sendo que, em junho de 2000, foram assinadas as Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572. Este conjunto de portarias instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, cujo objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e

garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (2000, p. 51-52), ao elaborar os níveis de execução da assistência pré-natal, determina os seguintes procedimentos a serem executados pelo enfermeiro:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc;
- Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realizar coleta de exame citopatológico.

Observa-se, com a implantação do Programa de Humanização, que a assistência pré-natal se vem diferenciando em muitos aspectos do início de sua expansão no País, obtendo duas fortes características: a visão para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2001).

Hoje sua qualidade é apontada como o acolhimento a gestante, numa atitude de escuta e diálogo, de apoio e transmissão de confiança, devendo ser respeitados os aspectos sócio-culturais da comunidade onde a mulher vive (*ibidem*).

O sucesso do pré-natal, porém, dependerá bastante da atuação do pré-natalista, o qual deve ser: competente para orientar convenientemente a gestante, reconhecendo a tempo os problemas ocorridos durante a gravidez e conduzido-os corretamente; humano para entender e viver com a mulher as emoções da gravidez, orientando-a e esclarecendo as dúvidas para diminuir as tensões; e dedicado ao ponto de dispensar todo o tempo necessário para um atendimento adequado (CORRÊA, 1994).

Neste contexto, considerando que a humanização passa pela aprendizagem das diferentes concepções, valores e práticas culturais associadas ao parto e nascimento, em que a mulher é sujeito do processo da assistência ao parto e nascimento, a hospitalização e uso exacerbado de tecnologia são apontados como verdadeiros obstáculos a sua efetivação. Com efeito, o Ministério da Saúde propôs a criação de centros de parto normal, nos quais os enfermeiros obstetras seriam os principais responsáveis pelo parto eutócito, ou seja, sem complicações (MERIGHI e GUALDA, 2002).

Frente a estas mudanças, é importante que se estabeleçam propostas de qualificação dos enfermeiros-obstetras com perfil e competência para participar ativamente das transformações necessárias no modelo assistencial, integrando-os à equipe de saúde de forma autônoma para que possam a partir de sua prática, produzir o impacto esperado para a melhoria da qualidade da saúde da mulher e de sua família (RIESCO, 2005).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Descrição da natureza do estudo

Este é um estudo do tipo retrospectivo, documental, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

Como os dados coletados foram nos registros de Enfermagem, relacionados a gestantes que se submeteram à consulta pré-natal no período de julho de 2003 a agosto de 2004, ou seja, período anterior ao desenvolvimento da pesquisa, este assume a característica de caráter retrospectivo, de modo que, segundo Lo-Biondo-Wood e Haber (2001), é uma pesquisa não experimental que examina a relação de um fenômeno de interesse no presente com outro fenômeno do passado.

Pelo fato de a investigação ter sido realizada em prontuários de uma instituição pública de saúde, o consideramos documental, pois Tobar e Yalour (2001, p. 72), referem que estudo documental é todo aquele que:

[...] é realizado com base em documentos guardados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balanços, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, vídeos, disquetes, diários, cartas pessoais etc.

Lakatos e Marconi (1996) corroboram esses autores, ao afirmarem que documental é toda pesquisa cuja fonte de coleta de dados é constituída por documentos escritos ou não, denominados de fontes primárias. Acrescentam que a coleta pode se dar no momento em que o fato ou fenômeno está acontecendo ou posteriormente.

No nosso estudo, as fontes são primárias e a validação das informações ocorreu mediante analogias com outros registros de dados coletados na consulta de Enfermagem pré-natal, tais como estilo de vida da cliente e exame físico.

Considerando que não havia até o momento registros de desenvolvimento de pesquisa sobre a CIPE no contexto do pré-natal, no local que selecionamos como campo de investigação, e partindo da concepção de Tobar e Yalour (2001), de que pesquisa exploratória

é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escassez ou nenhum conhecimento sistematizado, o consideramos exploratório.

Ao investigarmos e apresentarmos os fenômenos de Enfermagem identificados nas consultas a gestantes, expomos os elementos específicos da prática de Enfermagem nesta dimensão do cuidar que confere ao nosso estudo uma roupagem de pesquisa descritiva a qual, segundo Tobar e Yalou (2001, p. 69), “é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno”.

4.2 Locus da pesquisa

A pesquisa foi efetivada no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa, conhecido popularmente por “casa de Parto”, a qual faz parte do CEDEFAM da UFC, localizando-se em um dos *Campi* da referida instituição de ensino superior, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará-Brasil.

O CEDEFAM foi fundado em 1981 a partir de um convênio estabelecido entre a UFC e a Secretaria de Educação do Estado do Ceará, desenvolvendo, junto à comunidade do Planalto do Pici e adjacências, atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de ciências da saúde, humanas e tecnológicas. Atualmente, todavia funcionam apenas os cursos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da UFC.

Tem como missão social integrar as atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação e pós-graduação da UFC e outras instituições educacionais e de saúde, proporcionando à comunidade estratégias que viabilizem a saúde da família.

A Enfermagem tem atuado no CEDEFAM desde a sua fundação, implementando a consulta de enfermagem à gestante e à criança, sendo que em 1986, foi implantado pelo Departamento de Enfermagem o Estágio Curricular Supervisionado – Área Comunitária/Urbana do curso de graduação em Enfermagem.

O CEDEFAM se caracteriza como um espaço de elaboração de conhecimentos científicos e assistência de saúde à comunidade, contribui na UFC para a formação de profissionais enfermeiros, por meio de inovações no cuidado de Enfermagem centrado na

família, no contexto nacional e internacional da Enfermagem, e como campo de pesquisas em graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu*.

As ações de Enfermagem se ampliaram para consulta centrada na família, atividades de Educação em Saúde e visitas domiciliares, as quais são realizadas por enfermeiros docentes e assistenciais. Foi criada a Unidade de Cuidados de Enfermagem, a qual atualmente têm em torno de 4.000 famílias cadastradas.

As inovações implantadas foram evidenciadas pela implementação dos marcos teóricos preconizados pela OMS na prática docente e assistencial em 1986. Em 1993 iniciou-se a utilização dos diagnósticos de Enfermagem segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e, em 2001, foi implantado o modelo de Enfermagem segundo Roper, Logan e Tierney (1995), o qual é denominado modelo de vida, por ser baseado nas atividades de vida. Vale ressaltar que todos estes marcos teóricos utilizados buscam identificar elementos específicos da prática de Enfermagem.

Como podemos observar, a prática de enfermagem no CEDEFAM busca acompanhar a evolução do saber e fazer da profissão no cenário mundial, considerando suas condições estruturais e organizacionais.

Neste entorno de inovações teóricas e práticas do saber e fazer da Enfermagem, enfermeiros docentes e assistenciais que atuam no Departamento de Enfermagem da UFC e no CEDEFAM, em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), Ministério da Saúde e Universidade Federal do Ceará, elaboraram o projeto do Centro de Parto Natural/CPN do CEDEFAM/UFC, apoiados na Portaria Ministerial nº 2.815/98, que incluiu no sistema de informação hospitalar do SUS o parto normal realizado por enfermeiro-obstetra. Neste mesmo período, começou a ser estimulada a criação de centros de parto normal no País.

Como foram conquistas da Enfermagem, muitas lutas de caráter político e organizacional foram empreendidas e, na manhã do dia 17 de outubro de 2003, foi inaugurado o Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa, dentro dos moldes preconizados internacionalmente para efetividade de casas de parto.

Com a inauguração do Centro de Parto Natural (CPN), as consultas de Enfermagem foram separadas, no CEDEFAM ficaram as consultas de Enfermagem à criança, ao passo que as consultas pré-natais e outras da área da saúde da mulher estão no CPN, o qual

tem no momento 280 gestantes cadastradas. Em média, são realizadas oito consultas de pré-natal por dia, e como se trata de um campo de ensino, estas consultas são realizadas por professores do curso de Enfermagem, acadêmicos de Enfermagem sob supervisão e enfermeiros assistenciais.

A administração do CEDEFAM e do CPN funciona em conjunto e em ambos, atuam professores do curso de Enfermagem, enfermeiros assistenciais, sendo dois enfermeiros-obstetras e um enfermeiro especializado em Saúde da Família, além dos funcionários técnico-administrativos.

Por todos estes aspectos do CPN, o qual é intrínseco à história do CEDEFAM, e pelo fato de os registros nos prontuários serem feitos por enfermeiros e conseqüentemente, abrangerem aspectos específicos da prática profissional, decidimos selecioná-la como *locus* do nosso estudo.

4.3 Plano amostral (população e amostra)

1º momento

Levantamos o quantitativo de consultas pré-natal efetivadas no período de julho de 2002 a agosto de 2003 no arquivo da UCE - CEDEFAM/UFC, as quais totalizaram 665 consultas.

2º momento

Selecionamos os prontuários que não se repetiam, haja vista que uma mesma gestante faz em média seis consultas no período gestacional, fato que poderia contribuir para uma superestimação de fenômenos em um mesmo prontuário. Após esta triagem, obtivemos um total de 253 prontuários, o que constituiu nossa população da pesquisa.

3º momento tipo e cálculo da amostra.

Utilizamos a seguinte fórmula estatística para o cálculo da amostra:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2}$$

$Z\alpha$ = intervalo de confiança em contagens Z

E = erro da amostra

P = prevalência de uma doença ou porcentagem de uma categoria da variável escolhida.

Q = 1-P (Complementar da prevalência)

N = População

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,0539 \cdot (1-0,0539) \cdot 253}{1,96^2 \cdot 0,0539 \cdot (1-0,0539) + 252 \cdot 0,05^2}$$

$$n = 61.$$

Apesar de o cálculo amostral ter resultado em 61, por considerarmos ser melhor trabalhar com números pares, acrescentamos um prontuário, e nossa amostra ficou constituída em 62 prontuários de gestantes que se submeteram à consulta de enfermagem pré-natal no CEDEFAM/UFC.

A seleção dos prontuários foi do tipo randômica sistemática, e se processou da seguinte forma: dividimos o total de prontuários (N) pelo quantitativo da amostra (n), ou seja, população dividida pela amostra, e após termos ordenado a numeração dos prontuários que compunham a população, procedemos à seleção dos prontuários de cinco (5) em cinco (5) até completar o total da amostra.

Segundo Rodrigues (2002), esta técnica deve ser aplicada quando uma população apresenta um número finito de elementos, e os dados estão distribuídos aleatoriamente.

Para determinação da prevalência que utilizamos no cálculo da amostra, lançamos mão de informações obtidas na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ou seja, o total da população de mulheres em idade fértil em Fortaleza no período de 2002, que era de 786.764. Destas, identificamos a quantidade que buscou os serviços de obstetrícia, que foi um total de 42.430 mulheres. Com base nesses dados, encontramos uma prevalência de 5.39%.

Trabalhamos com intervalo de confiança de 95% ($Z\alpha = 1,96$) e margem de erro de 5% ($E = 0,05$).

4.4 Instrumentos e período da coleta de dados

O instrumento escolhido para coleta de dados foi adaptado de um estudo elaborado por Melo, Moura e Lopes (2003), no qual propuseram um questionário que contemplava 190 fenômenos da CIPE, relacionados aos cuidados de Enfermagem que emergiam das respostas

humanas detectadas. Como esta pesquisa envolveu a CIPE, selecionamos o referido artigo para subsidiar nossa coleta de dados.

Do estudo, selecionamos a parte que abrangia as funções fisiológicas, ficando o instrumento constituído desta forma: 1º - Dados de identificação; 2º - Funções fisiológicas e 3º - Fenômenos detectados (ANEXO C).

A apresentação da CIPE é genérica, ou seja, não há ainda uma elaboração por área de atuação, como, por exemplo, fenômenos específicos da Obstetrícia. Por isto, o instrumento apresenta apenas os dados de identificação mais específicos, permanecendo a descrição das funções fisiológicas da forma como a CIPE descrevia.

Realizamos um teste-piloto para validá-lo, aplicando-o com 10 prontuários de gestantes atendidas no Centro de Parto Natural. Depois de efetivado, descobrimos que ele serve para identificação de fenômenos na dimensão fisiológica, sem maiores problemas dentro da proposta que trabalhamos. Queremos deixar claro que, no entanto, por se tratar ainda de uma proposta de formulação de guia de conduta, o instrumento poderá, numa etapa posterior de avaliação, ser modificado.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a agosto de 2004, e a unidade de análise foram os registros de Enfermagem nos prontuários das gestantes que se submeteram a consulta pré-natal no CPN, no período de julho de 2002 a agosto de 2003.

O instrumento foi aplicado em todas as consultas que a gestante realizou, e não por trimestre de gravidez, pois a única variável excludente do estudo era a consulta da gestante ter sido realizada em período diferente do anteriormente citado.

4.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram sistematizados e organizados em tabelas e quadros, que apresentam a frequência absoluta, percentual de ocorrência e intervalo de confiança, e medidas de tendência central e dispersão.

Em seguida, pinçamos as funções fisiologias e fenômenos de Enfermagem que apresentaram o maior percentual de ocorrência, ou seja, aqueles que exibiram frequências acima do percentil 50, e os analisamos com apoio do *software* EPI-INFO 3.3.

Realizamos os testes de significância estatística, utilizando o Qui-Quadrado (χ^2) e da probabilidade exata de Fisher para frequência esperada menor que cinco, visando a identificar associação entre os fenômenos (REA e PARKER, 2000). Neste estudo adotamos um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Não foram identificadas, no entanto, associações estatisticamente significantes entre os fenômenos e nem entre eles e as variáveis sócio-econômicas e obstétricas, o que nos levou a inferir que cada gestante responde de forma diferente às alterações fisiológicas ocorrentes durante a gravidez.

Outra análise realizada foi à luz da literatura pertinente aos aspectos fisiológicos da gravidez, onde rastreamos estudos que apresentavam aspectos relacionados às funções fisiológicas e fenômenos de maior prevalência.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Seguindo as exigências éticas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que estabelece normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos a qual, no parágrafo VII orienta que “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” (CEP), este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio (COMEPE/UFC), obtendo aprovação no dia 25 de março de 2004 (ANEXO A).

Como se trata de um estudo documental, realizado em instituição pública, cujos dados foram coletados em prontuários de gestantes que haviam feito acompanhamento pré-natal em um período anterior ao desenvolvimento deste, o termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado obedecendo às diretrizes do artigo IV da Resolução, porém, direcionado à coordenadora do CEDEFAM/UFC, a qual autorizou a realização da pesquisa (ANEXO B).

Por todas as características do estudo citadas anteriormente e seguindo orientação do COMEPPE do HUWC/UFC, não elaboramos termo de consentimento pós-informação, por ter sido neste caso, considerado desnecessário.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Dados Sócio-Econômicos das Gestantes

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo dados sócio-econômicos. Fortaleza, 2004.

Variáveis	No.	%	IC 95%		Estatísticas Descritivas
1. Escolaridade					
Analfabeto	1	1,6%	0,0%	8,7%	
Fundamental incompleto	36	58,1%	44,8%	70,5%	
Fundamental completo	9	14,5%	6,9%	25,8%	
Médio incompleto	11	17,7%	9,2%	29,5%	
Médio completo	1	1,6%	0,0%	8,7%	
Não informada	4	6,5%	1,8%	15,7%	
Total	62	100,0%			
2. Estado Civil					
Casada	22	35,5%	23,7%	48,7%	
Solteira	23	37,1%	25,2%	50,3%	
União Consensual	17	27,4%	16,9%	40,2%	
Total	62	100,0%			
3. Ocupação					
Artesã	1	1,6%	0,0%	8,7%	
Costureira	2	3,2%	0,4%	11,2%	
Doméstica	32	51,6%	38,6%	64,5%	
Estudante	6	9,7%	3,6%	19,9%	
Lavadeira	1	1,6%	0,0%	8,7%	
Professora	2	3,2%	0,4%	11,2%	
Zeladora	2	3,2%	0,4%	11,2%	
Não informada	16	25,8%	15,5%	38,5%	
Total	62	100,0%			
4. Renda Familiar					
Sem renda fixa	5	8,1%	2,7%	17,8%	
Menos que 1 SM	4	6,5%	1,8%	15,7%	
De 1 a 2 SM	27	43,5%	31,0%	56,7%	
De mais de 2 a 3 SM	9	14,5%	6,9%	25,8%	
De mais 3 a 4 SM	2	3,2%	0,4%	11,2%	
Mais de 4 SM	3	4,8%	1,0%	13,5%	
Não informada	12	19,4%	10,4%	31,4%	
Total	62	100,0%			
5. Faixa Etária					
13 a 17 anos	7	11,3%	4,7%	21,9%	Média = 24,56
18 a 22 anos	21	33,9%	22,3%	47,0%	Mediana = 23,0
23 a 27 anos	14	22,6%	12,9%	35,0%	Moda = 19,0
28 a 32 anos	10	16,1%	8,0%	27,7%	Desvio-padrão = 6,7
33 a 38 anos	10	16,1%	8,0%	27,7%	P25 = 19,0
					P75 = 30,0
Total	62	100,0%			

Legenda: IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; P25 = Percentil 25; P75 = Percentil 75.

Os dados apresentados mostram que a maioria das gestantes pertencentes à amostra deste estudo possui apenas o ensino fundamental incompleto. Ressaltamos que o ambiente onde se encontram o CEDEFAM e a Casa de Parto localiza-se numa periferia da Capital do Ceará, sendo comum encontrar esta escolaridade na população residente na área, em consequência do baixo nível sócio-econômico.

A ínfima escolaridade é apontada por vários estudos como fator e/ou condicionante de riscos gestacionais, tais como: gravidez na adolescência, menor intervalo entre partos, maior presença de DST, maiores riscos perinatais e mortalidade materna (ALMEIDA, 1995; CORREIA e McAULIFE, 1999; CARVALHO e BARROS, 2000; BRASIL, 2000; CEARÁ, 2004).

Este fato nos leva a repensar o quanto é importante o enfermeiro, durante a consulta pré-natal, buscar desenvolver uma comunicação efetiva e eficaz com a gestante, usando uma linguagem no alcance do nível da cliente, para que as orientações sejam entendidas e executadas.

Cada vez mais aumenta o número de mães solteiras em nosso País, umas por circunstâncias da vida, outras por pura opção pessoal. Indica-se que, no Brasil, em torno de 400.000 moças tornam-se mães solteiras. Esta realidade mostra a emancipação da mulher, que cresce dia a dia (INSTINTO MATERNAL, 2004). Este fato é corroborado neste estudo, onde detectamos o fato de que 37,1% da amostra são de mães solteiras.

Está ocorrendo uma redução no número anual de casamentos realizados no registro civil no Brasil. A taxa de nupcialidade legal no País, caiu de 7,5 casamentos por mil habitantes em 1990 para 5,7 por mil em 2001, sendo as regiões Norte e Nordeste as que apresentam menores taxas (CNBB, 2004).

Os indicadores sociais do Brasil, de 2002, apontam para a tendência de crescimento do quantitativo de famílias compostas por mulheres sem cônjuge e com filhos (IBGE, 2004).

É corriqueiro o fato de que a questão da emancipação feminina abordada pela TV, por meio de novelas, muitas vezes, distorce o sentido pleno desta idéia, reduzindo-a a cenas de sexo e gravidez independente.

Isto tem despertado em muitas jovens, principalmente entre as de baixo nível sociocultural, pertencentes a famílias desestruturadas, tanto econômica como emocionalmente, o desejo de vivenciarem tais cenas, resultando na incidência de gravidez indesejada e mães solteiras.

Em conversa informal com mulheres que tiveram seus prontuários selecionados neste estudo, algumas relataram terem se tornado mães solteiras em consequência dos companheiros não assumirem os filhos ou não legitimarem a união. Outras, passaram a viver em união consensual, enquanto outros casais moravam separados, cada um com sua família de origem.

Os resultados mostram que grande quantitativo das gestantes não tem emprego formal, cuidam apenas das suas casas ou fazem bicos como faxineiras, sendo que a maioria depende economicamente da família ou do companheiro para se manter (51,6%). Esta ausência de ocupação é um dos fatores psicossociais relacionados a gravidez na adolescência e a permissividade familiar (CARVALHO e BARROS, 2000).

Segundo o IBGE (2004), a proporção de mulheres dedicadas ao trabalho doméstico é de 19,2%, e as que não recebem nenhuma remuneração estão em torno de 10,5%.

Identificamos o fato de que as famílias destas grávidas sobrevivem com uma renda mensal que varia de um salário mínimo a dois (43,5%). A baixa renda é apontada como um dos fatores de risco para a gestante, pois esta contribui para uma alimentação deficiente, além das preocupações econômicas relacionadas desde ao exoval do bebê a sua sobrevivência, aumentando a ansiedade e a tensão nervosa da gestante. A insuficiência econômica é considerada também, como um dos fatores que contribui para a diminuição dos intervalos entre partos, aumento de gravidez na adolescência, resultados perinatais ruins e alto índice de morbi-mortalidade materna (ALMEIDA, 1995; CORREIA e McAULIFE, 1999; CARVALHO e BARROS, 2000; BRASIL, 2000; CEARÁ, 2004).

Este dado é convergente com a informação da síntese dos indicadores sociais do Brasil - 2002, a qual mostra que metade da população que trabalha tem rendimento médio mensal em torno de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos, sendo que no Nordeste a taxa de trabalhadores com este rendimento está em torno de 60,0% (IBGE, 2004).

Os dados apontam que 33,9% gestantes atendidas no Centro de Parto Normal do CEDEFAM/UFC se encontram na faixa etária entre 18 e 22 anos, correspondendo a uma média de 24,56, com desvio-padrão de 6,7 anos.

Observamos que nos últimos dez anos vem caindo a taxa de fecundidade entre mulheres adultas, mas, entre adolescentes, acontece o contrário - a taxa tem se elevado - sendo que a cada mil mulheres na faixa etária entre 15 a 19 anos, no ano de 1986, 81 tiveram filhos, porém, em 1986, o número de adolescentes que tiveram filhos subiu para 86 (CHAVES, 2004).

Gravidez na adolescência é um dos fenômenos que aumenta em todas as classes sociais. No Brasil, estima-se que aproximadamente 1 milhão de adolescentes tornam-se mães. Estes dados exigem uma preocupação redobrada e uma reflexão contínua por parte da sociedade como um todo, considerando os riscos relacionados à gravidez nesta fase do ciclo vital da mulher, pois cerca de 3,7% das mortes de mulheres de quinze a dezenove anos têm causas diretamente ligadas a gestação, parto e puerpério (SOUZA e VARELA, 1998).

No Ceará, a taxa de parto e aborto na adolescência, apesar de alta, vem decrescendo, sendo que, nos anos de 1996 a 2002, o percentual caiu de 49,2% para 40,4% (CEARÁ, 2004).

Em síntese, estes dados sócio-econômicos relacionados às gestantes pertencentes à amostra deste estudo demonstram que elas se enquadram na condição de risco gestacional, caracterizada pela carência econômica associada ao baixo nível de escolaridade, fatores que trazem como consequência a desinformação, subalimentação, promiscuidade e maior probabilidade de sofrerem violência física e psicológica.

5.2 Dados Obstétricos das Gestantes

Tabela 2. Distribuição da amostra conforme dados obstétricos. Fortaleza, 2004.

Variáveis	No.	%	IC 95%		Estatísticas Descritivas
1. Número de Gestações					Média = 2,71
1 a 3	51	82,3%	70,5%	90,8%	Mediana = 2,0
4 a 6	8	12,9%	5,7%	23,9%	Moda = 2,0
7 a 10	3	4,8%	1,0%	13,5%	Desvio-padrão=1,89
Total	62	100,0%			P25 = 2,0 P75 = 3,0
2. Número de Partos					Média = 1,45
0 a 3	57	91,9%	82,2%	97,3%	Mediana = 1,0
4 a 6	3	4,8%	1,0%	13,5%	Moda = 1,0
7 a 9	2	3,2%	0,4%	11,2%	Desvio-padrão=1,7
Total	62	100,0%			P25 = 1,0 P75 = 2,0
3. Número de Abortos					
0	49	79,0%	66,8%	88,3%	
1	9	14,5%	6,9%	25,8%	
2	4	6,5%	1,8%	15,7%	
Total	62	100,0%			
4. Número de Filhos					Média = 1,43
0 a 3	57	91,9%	82,2%	97,3%	Mediana = 1,0
4 a 6	3	4,8%	1,0%	13,5%	Moda = 1,0
7 a 8	2	3,2%	0,4%	11,2%	Desvio-padrão=1,63
Total	62	100,0%			P25 = 1,0 P75 = 2,0
5. Número de Consultas					Média = 6,0484
2 a 5	27	43,5%	31,0%	56,7%	Mediana = 6,0000
6 a 9	32	51,6%	38,6%	64,5%	Moda = 8,0000
10 a 12	3	4,8%	1,0%	13,5%	Desvio-padrão = 2,2429
Total	62	100,0%			P25 = 4,0000 P75 = 8,0000

Legenda: IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; P25 = Percentil 25; P75 = Percentil 75.

O maior número de gestações detectadas neste estudo ficou em torno de 1-3, o que correspondeu a 82,3% do total da amostra, e a média de gestações foi de 2,71. Este resultado é convergente com os dados do IBGE (2004) o qual, conforme a síntese dos indicadores sociais de 2002, assinala que a taxa de fecundidade e natalidade no Brasil vem caindo.

Associados a este dado, os registros das gestantes mostraram que estas tiveram um total de 0-3 partos (91,9%), com média de 1,45 parto, sendo este mesmo percentual para a quantidade de filhos da maioria da amostra (91,9%), cuja média foi de 1,43. A grande maioria das gestantes não havia tido abortos (79,0%).

A família brasileira está diminuindo e concomitante a esta redução, crescem a quantidade de mulheres que lideram as famílias, assim como a proporção de pessoas que moram sozinhas (conceituadas como núcleos unipessoais) (DESER, 2004).

É notório o fato de que, nas últimas décadas, está ocorrendo uma diminuição no tamanho das famílias, logicamente, reflexo da queda da taxa de fecundidade e natalidade. Associadas a este fato encontram-se a saída das mulheres para o mercado de trabalho, a liderança familiar cada vez mais sendo assumida por elas, assim como a diminuição do quantitativo de casamentos (IBGE, 2004).

Outro fator considerado influente na diminuição de filhos nas famílias brasileiras, além das questões econômicas, é a maior escolaridade adquirida pelas mulheres, que as levam a decidir ter menos filhos e dedicar-se à vida profissional (DESER, *op. cit.*).

Quanto ao número de consultas pré-natais, foi identificado o dado de que 51,6% dos registros mostraram que as gestantes compareceram de 6 a 9 consultas, sendo a média de 6, o que nos leva a inferir que, apesar das consultas pré-natal no Centro de Parto Normal do CEDEFAM/UFC serem realizadas apenas por enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem sob supervisão dos primeiros, a clientela comparece ao atendimento.

Este fato é legitimado pelas frequências às consultas, que chegam a contemplar exitosamente o parâmetro recomendado de 6 consultas/gestante/ano, estabelecido pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2004) subsidiada pela NOAS (2001), tendo como parâmetro mínimo estabelecido que 50% das gestantes cadastradas devam ter realizado quatro ou mais consultas (CEARÁ, *op. cit.*).

Outro resultado importante de ressaltar é que este percentual de consultas pré-natais das gestantes atendidas pelos enfermeiros do Centro de Parto Normal do CEDEFAM/UFC chega a ultrapassar os indicadores do IBGE de 2002, referidos pelo DESER (2004), o qual relata que apenas 46% das gestantes realizam mais de sete consultas durante a gravidez, enquanto o dado que obtivemos neste estudo foi de 51,6%.

5.3 Funções Fisiológicas Afetadas nas Gestantes

Quadro 6. Distribuição das funções fisiológicas afetadas identificadas na amostra. Fortaleza, 2004.

Funções afetadas	No.	%	IC 95%	
1. Respiração	48	77,4%	65,0%	87,1%
2. Restauração	45	72,6%	59,8%	83,1%
3. Hidratação	23	37,1%	25,2%	50,3%
4. Eliminação	20	32,3%	20,9%	45,3%
5. Tegumento	17	27,4%	16,9%	40,2%
6. Sensação	9	14,5%	6,9%	25,8%
7. Nutrição	3	4,8%	1,0%	13,5%
8. Aleitamento Materno	1	1,6%	0,0%	8,7%
9. Atividade Física	1	1,6%	0,0%	8,7%
10. Digestão	1	1,6%	0,0%	8,7%

Legenda: IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

É natural que, durante a gravidez, a mulher apresente alterações nas funções fisiológicas de seu organismo, sendo variável a intensidade da alteração e reação orgânica entre uma gestante e outra.

Identificamos nos registros pesquisados o quantitativo de dez funções alteradas, conforme o quadro ora apresentado. Destes, fizemos analogia com a literatura apenas das cinco primeiras funções, haja vista estarem acima do percentil de 50, correspondendo às maiores alterações observadas.

Alteração respiratória é uma queixa comum da grávida, pois o organismo busca fazer ajustes para responder as necessidades tanto maternas quanto fetais. São caracterizadas pelas queixas de hiperventilação, dispnéia, epistaxe, assim como presença de muita secreção brônquica (tosse produtiva).

Neste estudo, foi detectada como a função mais alterada, apresentando um IC de 65,0% a 87,1 %, indicando que grande parcela da população do estudo, apresentaram esta alteração como queixa nas consultas.

Este indicador é legitimado em vários estudos da área de Obstetrícia e Ginecologia, cuja causa é atribuída a diversos fatores determinantes, tais como: aumento do

consumo de O₂ em conseqüência do intenso gasto metabólico; aumento da vascularização do sistema respiratório causado pelo aumento do nível de estrogênio; maior sensibilidade do centro respiratório decorrente da elevação dos níveis de progesterona; aumento da pressão sobre o diafragma ocasionado pelo crescimento do útero gravídico; elevação da pO₂ no sangue materno e diminuição da pCO₂; hipercapnia e redução da capacidade de difusão (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; BURROUGHS, 1995; REZENDE e MONTENEGRO, 2002; JARVIS, 2002; GONZALEZ, 2003; WILKINS, 2004).

A segunda função identificada como mais alterada, com um percentual de 72,6%, foi a de restauração, a qual tem como característica específica a recorrente diminuição da atividade corpórea, sendo o sono um fenômeno pertencente a esta função (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Distúrbios de sono são queixas frequentes durante a gestação, pois se apresentam como relatos de sonolência e insônia, sendo que, no início da gravidez, a gestante pode apresentar uma sonolência inquieta, ou seja, sente muito sono, o que lhe desfavorece uma concentração eficaz em atividades diárias, sendo atribuída como conseqüência da elevação de progesterona, a qual influencia o sistema nervoso central (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Já no final da gestação, a grávida pode apresentar bastante insônia, tendo como causa básica a dificuldade de encontrar uma posição confortável para repousar, pelo fato de seu corpo encontrar-se grande e pesado; além do aumento da frequência da atividade fetal, como pequenos socos e pontapés; ansiedade ocasionada pela proximidade do parto, além das outras alterações fisiológicas comuns da gravidez, que causam dispnéia, nictúria e sede noturna (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; FREIRE, 2001; SAKOTA e DHAND, 2004).

Foi detectada alteração da função de hidratação em 23 registros investigados, demonstrando que uma parcela significativa da população pesquisada apresenta esta alteração. Pertencente a este fenômeno fisiológico, podemos encontrar as seguintes alterações: desidratação, retenção de líquidos e edema (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

A elevação do nível do hormônio progesterona durante a gravidez influencia o equilíbrio hidreletrolítico, aumentando a excreção de sódio e de cloreto, a qual é controlada pela aldosterona, por sua vez é estimulada pelo sistema renina-angiotensina, e até a metade da gestação causa aumento da temperatura basal. Já a elevação de estrogênio circulante, principalmente durante o último trimestre, é considerada por alguns autores como um fator

do aumento da atividade das glândulas sebáceas e sudorese demasiada. Tais alterações ocasionam considerável perda de líquido, o que leva a gestante a sentir mais calor e sede (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; BURROUGHS, 1995; FREIRE, 2001).

Alterações relacionadas à eliminação constituem queixas comuns em gestantes, principalmente no primeiro e último trimestre da gravidez. Este fato também foi identificado por Freire (2001), ao realizar pesquisa sobre diagnósticos de Enfermagem relacionados com os fatores que interferem nas atividades de vida da primigesta no contexto familiar no CEDEFAM/UFC. A autora informou que encontrou 22 registros relacionados a esta alteração, em 13 prontuários investigados na época.

Neste estudo, de 62 prontuários investigados, encontramos 23 registros, com um IC de 20,9% a 45,3% da nossa amostra, dado que vem confirmar queixas relacionadas às alterações na função de eliminação.

O aumento da frequência de diurese está relacionado a várias alterações fisiológicas ocorrentes durante a gravidez, tais como: modificações na função renal, ocasionadas pelo aumento dos hormônios maternos (progesterona e estrogênio), associados aos hormônios placentários: aldosterona, hormônio adrenocorticotrófico, hormônio antidiurético e hormônio gonadotrófico coriônico, paralelamente à elevação do aporte sanguíneo para os rins e conseqüentemente, à taxa de filtração glomerular (BURROUGHS, 1995; FEBRASGO, 2004).

As pelves e ureteres dilatam-se, o que pode causar estase urinária e tendência à infecção; registra-se aumento da eliminação renal, sendo excedente a excreção de água no início da gravidez, declinando nos trimestres posteriores. No último trimestre, em decorrência da pressão exercida pelo útero gravídico sobre a bexiga deslocando-a para cima e achatando-a, a mulher é levada a apresentar aumento da urgência e frequência das micções (polaciúria), no entanto, grande parte de água é acumulada nas extremidades, ficando a excreção abaixo da média anterior (WILKINS, 2004).

A gestante pode apresentar nictúria na gravidez, por causa da excreção de água e sódio que é mais avançada à noite do que durante o dia. Esta é mobilizada pela posição de decúbito, de preferência decúbito lateral esquerdo (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Relacionadas à eliminação, as alterações encontradas são nictúria, disúria, polaciúria e poliúria, porém, apesar de serem consideradas comumente encontradas durante a

gravidez, é importante que o pré-natalista faça acurada investigação clínica frente a estas queixas, para que sejam descartadas possíveis patologias delas decorrentes, como infecções urinárias.

Num percentual de 27,4% (IC entre 16,9% a 40,2%), foram encontrados registros de alterações tegumentares, as quais são apresentadas por alguns estudos como associadas às alterações imunológicas, metabólicas, endócrinas e vasculares, relacionadas aos hormônios pertinentes à gravidez (progesterona, estrogênios e hormônios placentários), sendo comuns as alterações pigmentares, do tecido conjuntivo, vasculares, glandulares e dos pêlos e das unhas (CARRARA e DUARTE, 1996; DERMATONEWS, 2004; MANUAL MERCK, 2004).

Em consequência do aumento do fluxo sanguíneo e atividade aumentada das glândulas sebáceas e sudoríferas, as gestantes podem sentir prurido, o qual, ao se tornar intenso, causa alteração na integridade do tegumento (WILKINS, 2004).

Além do prurido, é comum o surgimento de estrias grávidas no último trimestre da gravidez, ocasionadas pelo estiramento da pele, causado pelo aumento da gordura subcutânea, associado à retenção de líquidos e edema generalizado. É uma alteração comum em 90% das gestantes no sexto e sétimo meses de gravidez, no entanto, algumas mulheres são mais suscetíveis do que outras à separação do tecido conjuntivo da pele (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; DERMATONEWS, 2004).

A gestante pode apresentar um certo grau de hirsutismo (crescimento de pêlos) ocasionados pelas alterações endócrinas, regredindo seis meses após o parto e, como consequência da elevação dos níveis sanguíneos elevados de hormônios estimulantes dos melanócitos, de estrogênio e progesterona, ocorrem hiperpigmentação e melasma, sendo acentuadas nas áreas adjacentes às aréolas, mamilos, área genital, axilas e parte interna das coxas (DERMATONEWS, 2004).

As unhas crescem, apresentam sulcos transversos, fragilidade, onicólise distal e hiperqueratose subungueal. Os fatores envolvidos nestas alterações das unhas ainda não estão bem esclarecidos (CARRARA e DUARTE, 1996).

Outra alteração referente ao tegumento é o eritema palmar, causado pela microvascularização periférica decorrente da ação estrogênica (vasogênica) e progesterônica (vasodilatadora), cuja finalidade compensatória é facilitar a perda periférica de calor (CARRARA e DUARTE, 1996; WILKINS, 2004).

Ressaltamos que há uma grande escassez de artigos pertinentes a este assunto, fato que nos levou a rastrear em literatura especializada e *on-line*, o que até corrobora a relevância deste estudo para pesquisas posteriores nesta área do conhecimento.

Após coleta e sistematização dos dados, foram identificados 18 fenômenos de Enfermagem, segundo a CIPE-Versão Alfa, nos 62 registros dos prontuários das gestantes que compuseram a amostra.

5.4 Fenômenos de Enfermagem Identificados

Quadro 7. Distribuição dos fenômenos de Enfermagem identificados na amostra. Fortaleza, 2004.

Fenômenos de Enfermagem	No.	%	IC 95%		
1. Sono Intermitente	35	56,5%	43,3%	69,0%	
2. Dispnéia funcional	32	51,6%	38,6%	64,5%	
3. Edema	23	37,1%	25,2%	50,3%	
4. Ortopnéia	22	35,5%	23,7%	48,7%	
5. Constipação	20	32,3%	20,9%	45,3%	P75
6. Tegumento interrompido	17	27,4%	16,9%	40,2%	
7. Fadiga	10	16,1%	8,0%	27,7%	
8. Prurido	9	14,5%	6,9%	25,8%	
9. Dificuldade para dormir	6	9,7%	3,6%	19,9%	P50
10. Intolerância à atividade	5	8,1%	2,7%	17,8%	
11. Insônia	4	6,5%	1,8%	15,7%	
12. Limpeza ineficaz das vias aéreas	3	4,8%	1,0%	13,5%	
13. Emagrecimento	2	3,2%	0,4%	11,2%	P25
14. Déficit de nutrição	1	1,6%	0,0%	8,7%	
15. Imobilidade parcial	1	1,6%	0,0%	8,7%	
16. Lactação diminuída	1	1,6%	0,0%	8,7%	
17. Troca ineficaz de gases	1	1,6%	0,0%	8,7%	
18. Vômito	1	1,6%	0,0%	8,7%	

Legenda: IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; P25 = Percentil 25; P50 = Percentil 50; P75 = Percentil 75.

Analisamos os fenômenos que apresentaram maiores, percentuais, nos registros dos prontuários investigados, situados acima do percentil 50, porquanto estes apresentam maior frequência. Enfatizamos, que elaboramos os guias de conduta de Enfermagem apenas para estes fenômenos, por serem de maior relevância estatística neste estudo.

Observamos que os fenômenos sono intermitente e dispnéia funcional foram os mais encontrados nos registros das consultas de enfermagem a gestantes. Sono intermitente foi o fenômeno que teve percentual de 56,5% detectado nos registros desta pesquisa, fato que legitima uma boa proporção da população investigada apresentando este fenômeno, o qual é

referido na CIPE-versão alfa como um sono descontínuo dentro de um período de sono noturno normal esperado, freqüente despertar durante o sono (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Outro fenômeno relacionado ao sono foi dificuldade para dormir, o qual apresentou um percentual de 9,7% nos registros e é caracterizado na CIPE (1997) por dificuldades para iniciar a diminuição da atividade corpórea (*ibidem*).

Encontramos poucos estudos na área de Ginecologia e Obstetrícia que abordem as alterações do sono no período gestacional, que o retratam de forma sucinta. É ressaltado que as alterações hormonais, caracterizadas como fisiológicas no período gestacional, contribuem para o surgimento do distúrbio do sono no primeiro e último trimestres de gravidez (REZENDE e MONTENEGRO, 2002; JARVIS, 2002).

A grande quantidade de progesterona na gravidez parece ter influência no sistema nervoso central (SNC), causando uma sonolência inquieta no 1º trimestre, assim como influencia grande número de efeitos metabólicos no organismo da gestante (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

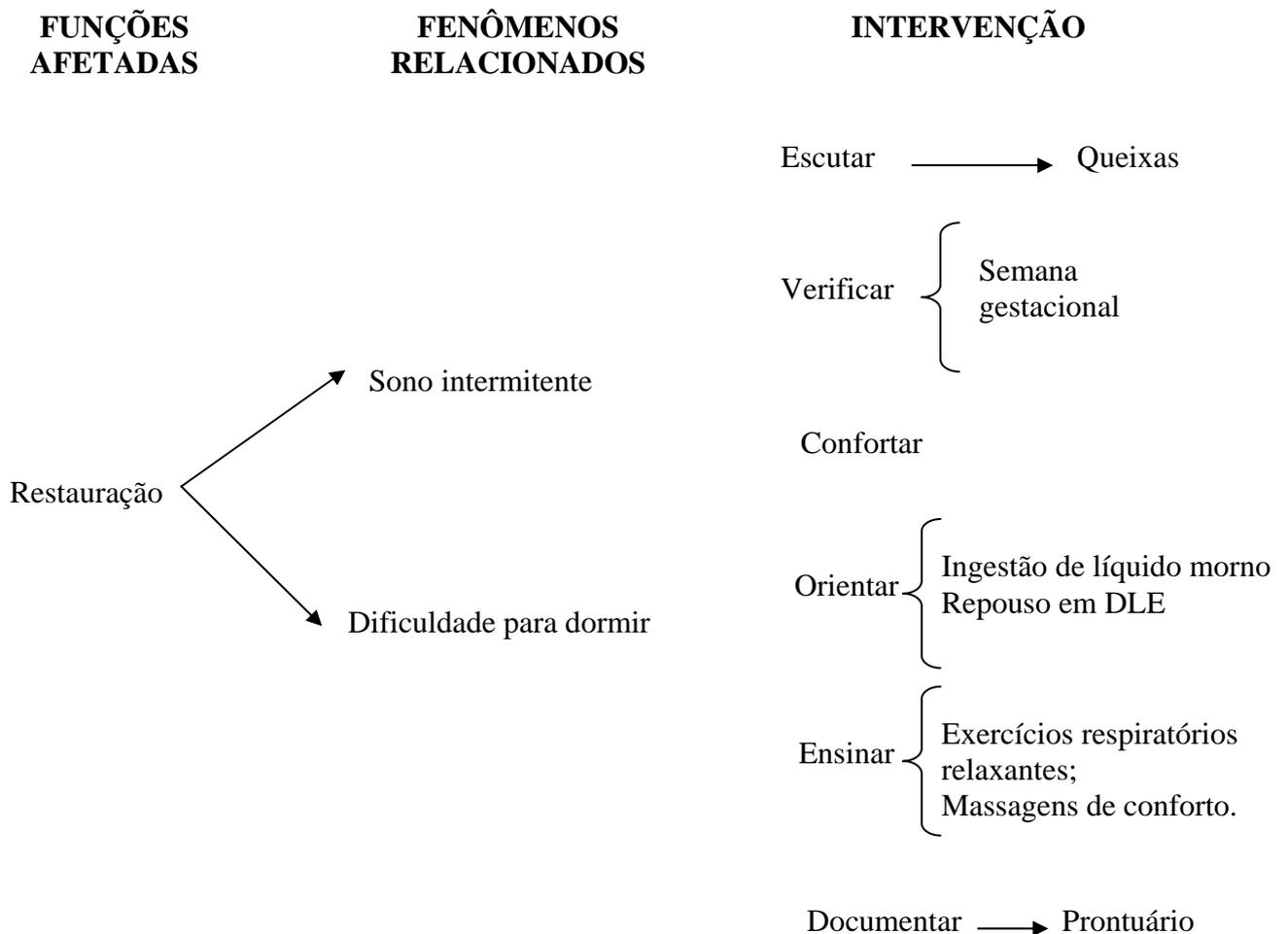
Não é raro, durante as consultas, as gestantes se queixarem de insônia no final da gravidez, atribuindo ao corpo que se encontra grande e pesado, tornando difícil encontrar uma posição confortável para dormir.

Os movimentos fetais e a ansiedade pela qual passa a gestante quando o trabalho de parto e o parto se aproximam também contribuem para os distúrbios no sono (*ibidem*). Burroughs (1995) refere que estudos na área de neurodiagnóstico apontam os distúrbios respiratórios como fatores comprometedores de um sono normal. Insônia e hipersônia são alterações comuns na gravidez, geralmente de ordem psíquica (GONZALEZ, 2003).

Subsidiado na conceituação do fenômeno insônia, referido pela CIPE, ousamos discordar das autoras, quando assinalam que as gestantes sofrem de insônia e sendo este fenômeno geralmente de ordem psíquica. Nossa experiência em consulta de Enfermagem em pré-natal, e com esteio em estudos literários, percebemos que a gestante não têm falta de sono e sim sono alterado pelo desconforto causado pelas alterações peculiares à gravidez. Tal alteração, com efeito, na maioria das vezes é conseqüente dos distúrbios fisiológicos da gravidez, não sendo sempre de origem psíquica.

Sakota e Dhand (2004) corroboram nosso pensamento, ao enfatizarem que as gestantes possuem distúrbios do sono, conseqüência das alterações psicológicas, hormonais e físicas, ocorrendo mais no terceiro trimestre. Apresentamos a seguir o guia de conduta de Enfermagem relacionado a este fenômeno identificado:

GUIA DE CONDUTA DE ENFERMAGEM PARA FENÔMENOS RELACIONADOS A ALTERAÇÕES NO PADRÃO SONO DURANTE A GRAVIDEZ



Resolvemos analisar em conjunto os fenômenos dispnéia e ortopnéia, partindo do princípio de que semiológica e clinicamente, eles possuem forte relação etiológica.

O fenômeno dispnéia funcional foi identificado nos registros das gestantes consultadas no CEDEFAM com um percentual de 51,6%. É conceituado na CIPE - versão alfa como respiração com esforço e desconforto aumentado, relacionado com atividade física ou associado a estado de ansiedade (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Já a ortopnéia foi identificada com uma frequência de 35,5% de queixas sobre o total de registros pesquisado. A CIPE a caracteriza como respiração com esforço e desconforto, aumentado enquanto em repouso ou deitada (*ibidem*).

Estes dados aproximam-se dos citados por Ziegel e Cranley (1985), as quais indicam que, em média, aproximadamente 60 a 70% das gestantes desenvolvem dispnéia, expressada como queixa de “fôlego curto”, sendo bastante evidenciada quando a grávida faz esforços, exercícios, sendo também às vezes presente no repouso. Em nosso estudo, detectamos um intervalo de confiança-IC entre 38,6% e 64,5%, fato que mostra a concordância frente às pesquisas realizadas por autores considerados clássicos na área de Obstetrícia.

Estes são fenômenos que podem ser episódicos, frequentemente fisiológicos, mas é importante investigar uma causa patológica, que pode ser anemia grave, acidose, edema pulmonar, ou excessiva pressão sobre o diafragma, como em caso de polidrâmnio.

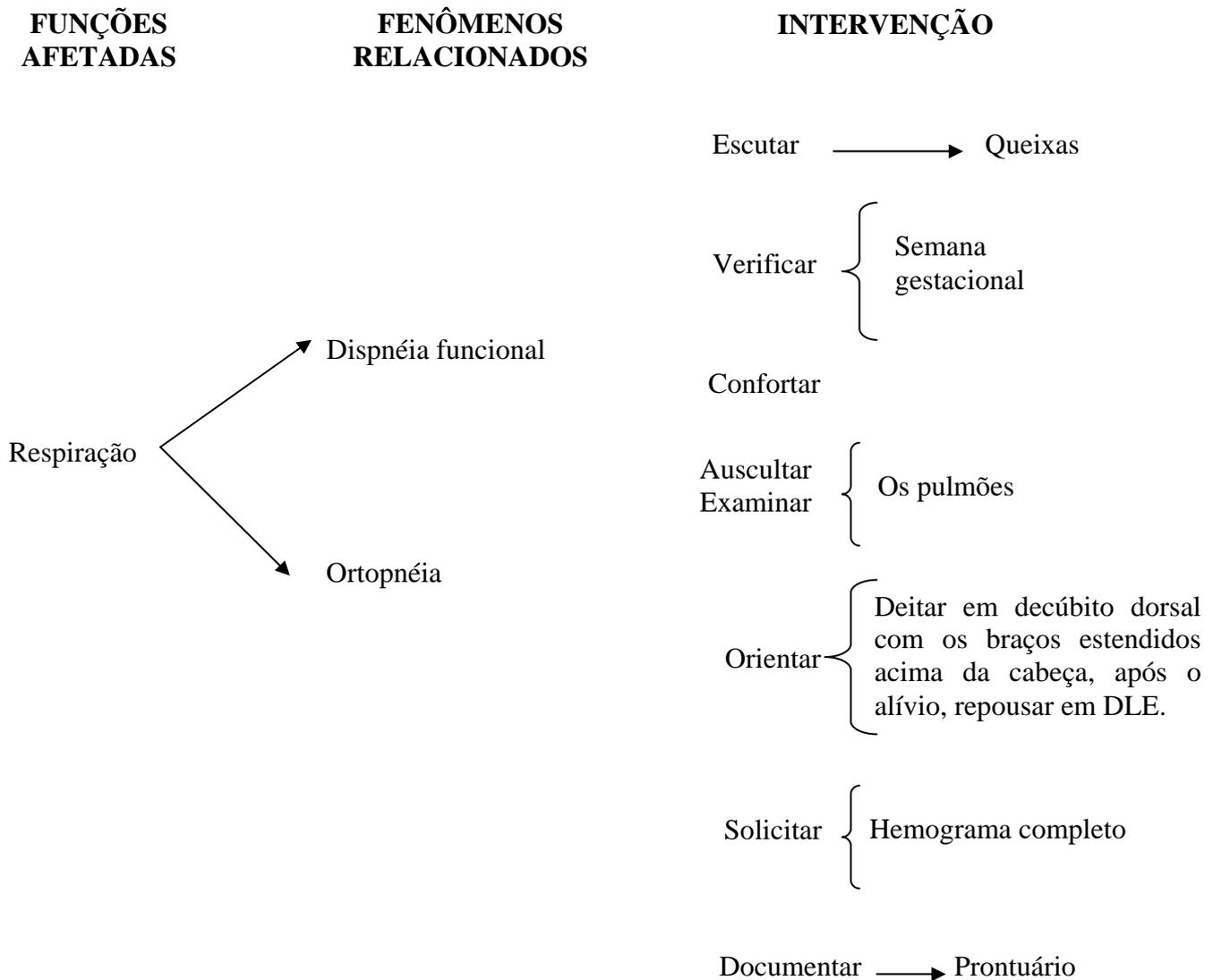
Burroughs (1995) acrescenta que a dispnéia na gestação está relacionada a maior sensibilidade do centro respiratório, consequência do aumento da progesterona, assim como à pressão causada pelo útero aumentado sobre o diafragma.

Rezende e Montenegro (2002) corroboram Burroughs (*op. cit.*), enfatizando que o aumento dos níveis de progesterona contribui para o acréscimo da ventilação pulmonar, alcançando valores acima de 40% no final da gravidez. A hiperventilação por efeito da progesterona em resposta à hipercapnia, ou à redução na capacidade da difusão, é uma das explicações aventadas para tal fenômeno.

Jarvis (2002) complementa a informação anterior, citando que a dispnéia no período gestacional é causada pela redução do espaço para expansão pulmonar, causado pelo aumento uterino.

A falta de ar ou dificuldade de respirar apresentada pelas gestantes no entanto, não é decorrente apenas do aumento do útero, mas pode ser consequência também do estado de ansiedade da gestante (BRASIL, 2000). Elaboramos o seguinte guia de conduta de Enfermagem referente ao citado fenômeno:

GUIA DE CONDUTA DE ENFERMAGEM PARA FENÔMENOS RELACIONADOS A ALTERAÇÕES NO PADRÃO RESPIRATÓRIO DURANTE A GRAVIDEZ



Edema, para a CIPE, é um fenômeno de Enfermagem pertencente à retenção de líquidos, com a característica específica de acúmulo excessivo de fluídos nos espaços tissulares (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Encontramos nos prontuários um percentual de 37,1% de registros desse fenômeno, o qual se reveste de maior significância neste estudo por apresentar um intervalo de confiança entre 43,3% - 50,0%.

Nas grávidas, a pressão venosa torna-se mais alta, em virtude da pressão exercida pelo útero pesado e aumentado sobre as principais veias abdominais e pélvicas, fazendo crescer a pressão capilar. Ocorre também um desvio do líquido do sangue para o espaço extra vascular das pernas, em conseqüência da diminuição da pressão coloidoncótica do plasma, o

que facilita a saída de líquido dos capilares, formando o edema gravídico, que deixa as mulheres preocupadas e ansiosas (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Burroughs (1995) reforça a posição de Ziegel e Cranley (*op. cit.*), referindo que várias gestantes, no período final da gestação, apresentam queixa de edema nos pés e tornozelos, o que torna este fenômeno comum durante o final da gravidez. Sua causa é atribuída à dificuldade aumentada do retorno venoso dos membros inferiores, em consequência da pressão exercida pelo útero aumentado sobre as veias das extremidades inferiores, podendo ocorrer estagnação sangüínea destas.

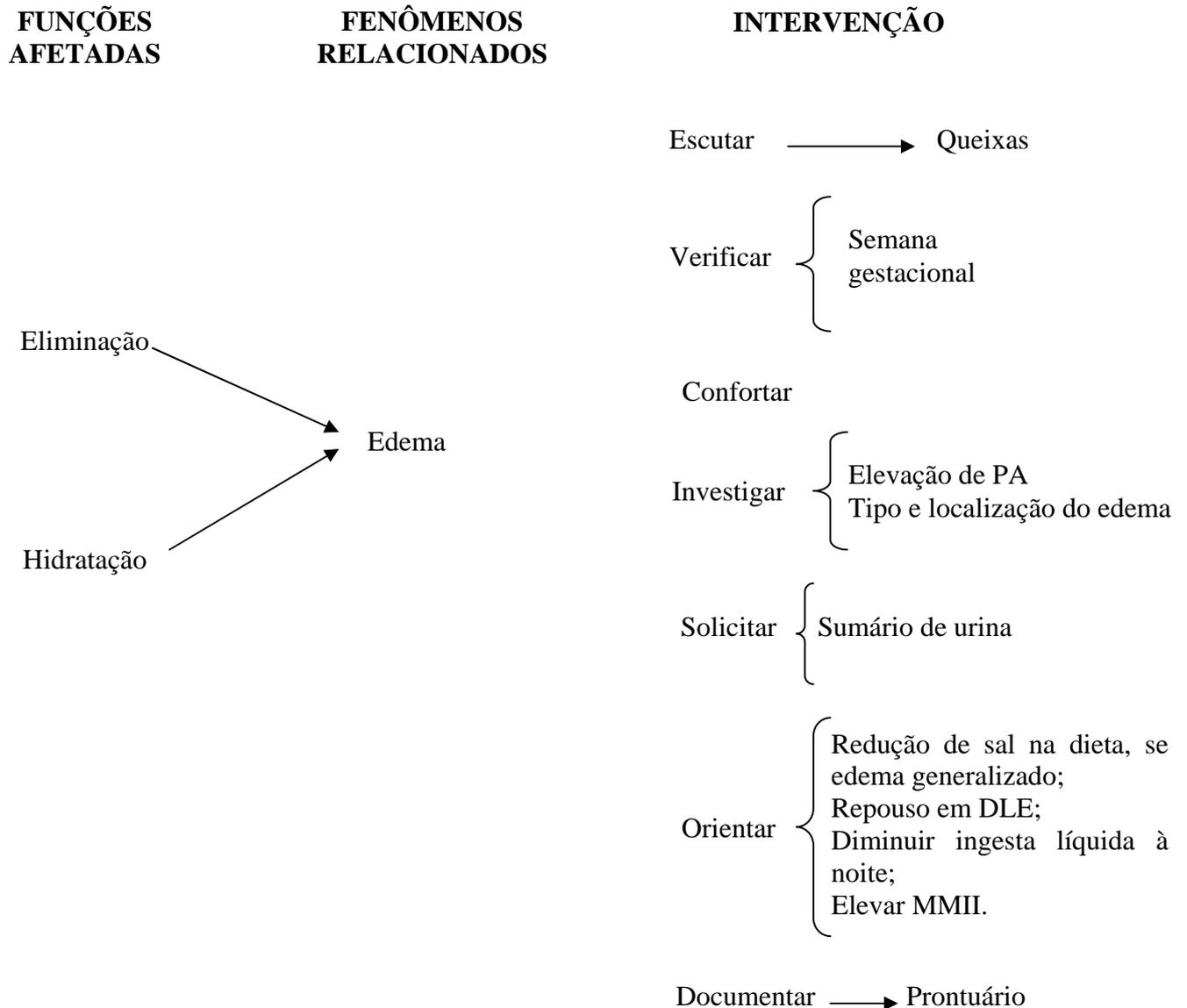
Jarvis (2002) acrescenta que o edema piora com a gravidade, não sendo bom para a gestante ficar de pé por muito tempo quando estiver no terceiro trimestre de gravidez. Durante a consulta pré-natal, é importante se diferenciar os tipos de edema, ou seja, se é generalizado ou gravitacional, haja vista que o edema que se limita aos tornozelos não tem conotação com acúmulo de sódio e água, estando destituído de importância clínica (REZENDE e MONTENEGRO, 2002).

Por outro lado, o aumento de peso, engrossamento dos dedos, face edemaciada, podem ser sinais de hipertensão e proteinúria, configurando um quadro patológico de toxemia hipertensiva (*ibidem*).

Uma característica importante na diferenciação dos tipos de edema na gravidez, é que o edema natural ou gravitacional, cede quando cessa a pressão na veia cava inferior pelo útero grávido, ou seja, quando a gestante deita-se em decúbito lateral esquerdo, o edema cede, em decorrência do retorno venoso das extremidades inferiores, ocorrendo habitualmente à noite quando a mulher se deita (*ibidem*).

O edema generalizado é caracterizado pela deposição de água na parte superior do corpo e não cede ao decúbito lateral esquerdo. Geralmente está associado a hipertensão e proteinúria, o qual quando somado a estas duas patologias, é caracterizado como a tríade da DHEG: edema, hipertensão e proteinúria (*ibidem*). Na página seguinte, apresentamos como desenvolvemos o guia de conduta para que o enfermeiro possa intervir com efetividade frente a esta alteração:

**GUIA DE CONDUTA DE ENFERMAGEM PARA FENÔMENOS RELACIONADOS
A ALTERAÇÕES NO PADRÃO HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÃO DE LÍQUIDOS
DURANTE A GRAVIDEZ**



Já 32,3 % da amostra apresentaram o fenômeno constipação, o qual é evidenciado pela CIPE-versão alfa como pertencente a eliminação intestinal, com as seguintes características: formação de fezes duras, padrão de frequência menor do que o normal, quantidade de fezes menor do que a ordinária, passagem diminuída, sons intestinais reduzidos, esforço ao defecar, náuseas, dor de cabeça, apetite prejudicado (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

A progesterona tem um efeito relaxante sobre o músculo liso durante a gravidez, causando diminuição do tônus muscular, resultando em sintomas como lentidão do

esvaziamento estomacal, pirose, regurgitação e a constipação. É considerada uma das alterações durante a gravidez, tornando-se uma queixa comum, principalmente em mulheres com predisposição a esta (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

Esta perda do tônus muscular diminui o movimento peristáltico do trato intestinal, provocando uma demora no esvaziamento dos intestinos, levando maior absorção de água das fezes, resultando em constipação (BURROUGHS, 1995). Jarvis (2002) enfatiza que este fenômeno é geralmente iniciado no 2º trimestre da gravidez, quando o crescimento uterino está mais acentuado.

A constipação é uma alteração trivial na gravidez, decorrente da ação dos hormônios esteróides e deslocamento dos intestinos causado pela pressão exercida pelo útero em crescimento sobre estes (REZENDE e MONTENEGRO, 2002).

A pressão do útero desloca os intestinos delgado e grosso para cima e, lateralmente, o apêndice passa a ocupar o flanco direito, o que também contribui para a diminuição da motilidade gastrointestinal (FEBRASGO, 2004). É importante ressaltar que, no terceiro trimestre, a constipação pode agravar-se, porque as ondas automáticas de contrações musculares do intestino (peristalse) tornam-se mais lentas (MANUAL MERCK, 2004).

As pessoas com a constipação apresentam bastante ansiedade, por se preocuparem em não estar evacuando diariamente ou como de rotina, devendo estas ser tranquilizadas pelos enfermeiros (SMELTZER e BARE, 1993).

Como já vimos, a ansiedade é um dos fatores que interfere no sono das gestantes, portanto, a constipação pode contribuir para o estabelecimento de um padrão alterado de sono, ou seja, clinicamente há uma relação entre os fenômenos. Construimos o guia de conduta, mostrado abaixo, para intervir sobre este fenômeno:

**GUIA DE CONDUTA DE ENFERMAGEM PARA FENÔMENOS RELACIONADOS
A ALTERAÇÕES NO PADRÃO ELIMINAÇÃO INTESTINAL DURANTE A
GRAVIDEZ**

FUNÇÕES AFETADAS	FENÔMENOS RELACIONADOS	INTERVENÇÃO
		Escutar → Queixas
		Verificar { Semana gestacional
		Confortar
		Investigar { Hábitos alimentares; Ingesta líquida; Frequência de evacuações anteriores; Sedentarismo.
		Orientar { Dieta rica em fibras; Aumentar ingestão líquida; Exercícios físicos.
		Ensinar { Exercício de reeducação intestinal
		Documentar → Prontuário
Eliminação →	Constipação	

Tegumento interrompido foi detectado em um percentual de 27,4% nos registros investigados. Para a CIPE, o mesmo é evidenciado pelo revestimento natural do corpo com uma solução de continuidade inicial, ou não íntegra (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Não encontramos na literatura registros isolados deste fenômeno em gestantes, o que nos leva a deduzir que este pode estar relacionado ao prurido, identificado nos registros com um percentual de 14,5%.

Prurido é definido pela CIPE-versão alfa como um fenômeno pertencente a sensações, com a característica específica sensação cutânea desagradável (*ibidem*).

Alguns estudos na área de Dermatologia aplicada à gravidez referem que as alterações da pele e anexos são conseqüências das mudanças imunológicas, metabólicas, endócrinas e vasculares ocorrentes na mulher durante o período gestacional.

Estas alterações dermatológicas denominadas dermatoses da gravidez são classificadas, segundo a propedêutica dermatológica, em três grupos: fisiológicas, dermatoses e tumores cutâneos afetados pela gravidez e as específicas da gravidez (DERMATONEWS, 2004).

As alterações hormonais, principalmente do estrogênio, associado aos corticosteróides e à relaxina, formados em quantidade crescente durante a gravidez, produzem alterações no tecido conjuntivo da pele, tais como: aumento do fluxo sanguíneo, hemangiomas, coloração de áreas pigmentadas e aumento das glândulas sebáceas e sudoríferas (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

O aumento da função excretória da pele é conseqüência das alterações nas glândulas sudoríferas e sebáceas, resulta na eliminação de substâncias irritantes, que causam prurido cutâneo na gestante, um desconforto bastante comum, o que leva, dentre outras coisas, a prejudicar seu sono e repouso (*ibidem*).

Encontramos divergências entre autores quanto à fisiopatologia do prurido durante a gravidez, pois, segundo a DermatoneWS (2004), não há consenso entre os autores de que o aumento da atividade das glândulas sebáceas seja causado pelo aumento do estrogênio circulante. Acrescentam eles, que as chamadas alterações consideradas fisiológicas na gravidez podem se tornar patológicas quando severas e não tratadas.

Outra causa de prurido na gravidez são as hemorróidas, causadas pelo aumento da vascularização cutânea e intensificação do relaxamento do tecido conjuntivo, principalmente durante o 2º e 3º trimestres (PEROSA, 2004).

Distúrbios inflamatórios podem surgir em consequência do prurido da gravidez, fato que confirma nossa posição quando acentuamos que o fenômeno tegumento interrompido está relacionado ao prurido, causado pela fricção da pele.

Podem ocorrer durante a gravidez dermatoses consideradas típicas do período gestacional, como colestase intra-hepática e dermatoses específicas da gravidez; a colestase intra-hepática da gravidez (CIG) é comum surgir no terceiro trimestre, caracterizada por uma disfunção secretora biliar intra-hepática, sendo também os fatores relacionados à dieta considerados influenciadores desta dermatose (DERMATONEWS, 2004).

As características da CIG são prurido generalizado com ou sem icterícia, ausência de lesões cutâneas primárias, anormalidades compatíveis com colestase, podendo haver recorrência com gestações subseqüentes em 40% a 50% das gestantes (*ibidem*).

As dermatoses específicas da gravidez incluem as doenças de pele, que resultam diretamente do estado gestacional ou dos produtos da concepção. O herpes gestacional (HG) também conhecido como “penfigóide da gestação”, é a dermatose da gravidez mais importante de ser diagnosticada e uma das mais bem definidas. Inicia-se com lesões urticarianas intensamente pruriginosas no abdome, podendo evoluir rapidamente para erupções bolhosas generalizadas, sendo comum sua exacerbação no momento do parto (*ibidem*).

O HG na maioria das gestantes regride espontaneamente durante semanas ou meses depois do parto, mas pode haver recorrência com a menstruação ou com o uso subseqüente de contraceptivos orais, podendo inclusive, ser recorrente nas gestações subseqüentes com menor severidade (*ibidem*).

O HG está associada a doenças auto-imunes, tendo sido encontrado o anticorpo do HG ligado à membrana basal amniótica, assim como uma freqüência mais alta de antígenos da classe II do complexo principal de histocompatibilidade no estroma viloso das vilosidades coriônicas. Levantou-se a hipótese de que a doença seja causada por uma resposta imunológica contra antígenos da classe II de haplótipo paterno na ZBM (*ibidem*).

Outras dermatoses consideradas específicas da gravidez são as “Pápulas urticarianas pruriginosas e placas da gravidez (PUPPG)”, consideradas comuns no período gestacional, acometendo classicamente primigestas no terceiro trimestre da gravidez (início

médio, 35 semanas) ou ocasionalmente no pós-parto, não recorrendo geralmente em gestações subseqüentes ou com contraceptivos orais (*ibidem*).

Geralmente a erupção começa nas estrias do abdome, poupando a área periumbilical, tendo a duração média de seis semanas, podendo, em raros casos, ser severa por mais de uma semana.

A origem da PUPPG não é ainda conhecida, havendo apenas hipóteses, tais como: aumento dos hormônios progesterona e estrogênio; distensão rápida do abdome em primigesta pode causar dano ao tecido conjuntivo nas estrias e desencadear a resposta inflamatória da PUPPG; pode estar relacionada a ganhos de peso e a gravidez gemelar pode influenciar (DERMATONEWS, 2004).

Prurigo da gravidez é outra dermatose associada à gravidez, sem patogênese conhecida, havendo controvérsias se está relacionada ao IgM da gravidez. Sua incidência é de 1 em 300 gestações, tendo sido relatada em todos os trimestres, com evolução prolongada durante toda a gravidez, podendo durar semanas a meses após o parto (*ibidem*).

São caracterizadas por serem crostas em pápulas eritematosas e nódulos nas superfícies extensoras das extremidades e ocasionalmente, no abdome, podendo também surgir escoriadas (*ibidem*).

Sua recorrência em gestações subseqüentes é variável. As gestantes apresentam elevações de IgE no sangue, o que é compatível com a hipótese de que as mulheres que apresentam tal dermatose na gravidez demonstram predisposição atópica (*ibidem*).

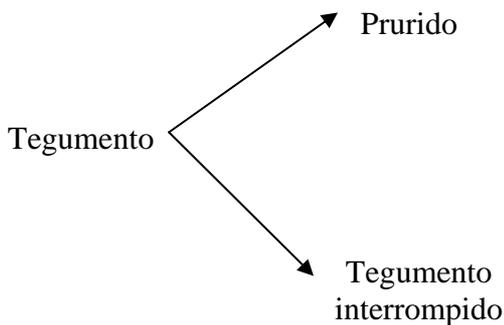
Foliculite pruriginosa da gravidez (FPG) também é uma dermatose de causa desconhecida, caracterizada por uma forma de acne, de erupção mais assintomática, e geralmente se resolve depois do parto. Não foram encontradas evidências de anormalidades imunológicas ou hormonais nesta afecção, sendo que alguns autores sugerem que a FPG e o PG devam ser incluídos no âmbito de “erupção polimórfica da gravidez” (*ibidem*).

Ressaltamos que não encontramos nos livros específicos de Enfermagem obstétrica, ou em periódicos de Enfermagem material literário que abordasse estes diagnósticos com maior profundidade, o que nos conduziu em face da escassez literária, rastrear eletronicamente evidências científicas para eles. Acreditamos que este resgate literário será de muita relevância por contribuir para novas pesquisas nesta temática.

Apesar da escassa literatura sobre esta alteração durante a gravidez, desenvolvemos um guia de conduta de Enfermagem para intervenções frente à mesma, o qual está demonstrado a seguir:

GUIA DE CONDUTA DE ENFERMAGEM PARA FENÔMENOS RELACIONADOS A ALTERAÇÕES TEGUMENTARES DURANTE A GRAVIDEZ

FUNÇÕES AFETADAS	FENÔMENOS RELACIONADOS	INTERVENÇÃO
		Escutar → Queixas
		Verificar { Semana gestacional
		Confortar
		Investigar { Cor da urina; Cor das fezes; Icterícia; Lesões urticarianas no abdome; Pápulas ou bolhas pruriginosas no abdome; Foliculite; Hemorróida.
		Orientar { Banho morno adicionando bicarbonato de sódio; Evitar se enxugar com fricção; Usar cremes específicos; Usar roupas leves e soltas; Manter unhas curtas e aparadas; Observar reação ao tipo de sabão.
		Encaminhar → Ao especialista
		Documentar → Prontuário



Para utilização dos guias elaborados e apresentados acima, os enfermeiros deverão destes ter conhecimento prévio. Após acolher a gestante e seu (sua) acompanhante, conforme queixa de alterações apresentada por ela, deverá seguir as orientações preliminares do guia, implementando as intervenções sugeridas e avaliando os resultados obtidos na consulta subsequente.

É importante o registro dos resultados alcançados com as intervenções propostas pelo guia, para que este seja reavaliado e aprimorado sua efetividade e eficácia. Ressaltamos que o guia é um instrumento dinâmico e flexível; como a denominação indica, tem a função de guiar ações de forma sistemática e baseada em evidência científicas.

Em 16,1% dos prontuários, encontramos registros relacionados ao fenômeno fadiga, com intervalo de confiança de 8,0% a 27%. Para a CIPE, é definido como cansaço, sonolência, bocejamento freqüente, desatenção, sensação de não estar bem descansado, falta de vigor com ou sem atividade (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Fisiologicamente, a fadiga é considerada uma queixa comum no primeiro e último trimestres de gravidez, sendo que, no primeiro, é atribuído ao crescimento da progesterona, que influencia sobre o sistema nervoso central, causando uma sonolência inquieta na gestante, por isso, a mulher cansa-se com facilidade neste período da gravidez (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

A fadiga é presente no início da gestação, desaparecendo espontaneamente no 4º mês, não tendo significado especial, até que se descartem outros fatores patológicos seus indutores como anemia, depressão e outras patologias de ordem endócrina e metabólica (NETO, Badiglian e FILHO, Badiglian, 2004).

No último trimestre, a gestante está predisposta à fadiga em consequência das alterações posturais e do aumento de peso, mas, se deve afastar a possibilidade de a mulher estar anêmica, o que causa uma fadiga de origem patológica (REZENDE e MONTENEGRO, 2002).

Este fenômeno pode estar relacionado ao estresse, uma vez que a mente da gestante está trabalhando em tempo integral, questionando-se sobre como está conduzindo a gravidez ou a saúde do bebê, se está fazendo as coisas certas, ou mesmo como serão as relações financeiras e afetivas da família após o nascimento do bebê (JAKOBI, 2004).

A literatura relacionada aos fenômenos identificados neste estudo é escassa em nosso País, porém, os detectados com maiores percentuais se aproximaram dos percentuais apresentados por algumas referências, inclusive os intervalos de confiança, que mostraram as proporções da população afetadas a partir dos dados da amostra, corroboradas pelas citações dos autores.

Depois de efetivada esta análise com base no formato geral para guias de conduta de enfermagem proposto por Minatel e Simões (2003), elaboramos o que denominamos de matriz geral do nosso guia (Quadro 8), a qual torna claros a finalidade geral do guia, os resultados esperados e principais literaturas norteadoras. Em seguida, subdividimos esta matriz em guias para cada fenômeno, cujas intervenções foram transcritas da lista de Classificação de Intervenções de Enfermagem Eixo A – tipo ações, segundo a CIPE (ABEn, 1997).

5.5 Matriz do Guia de Conduta de Enfermagem

Quadro 8. Matriz do guia de conduta para identificação dos fenômenos de Enfermagem mais prevalentes em gestantes e intervenção do enfermeiro durante a consulta pré-natal. Fortaleza, 2004.

<p>I. Este protocolo envolve: fenômenos de Enfermagem de natureza fisiológica identificados em gestantes.</p> <p>II. Introdução: Fenômenos de enfermagem são as condições de saúde relacionadas com o cliente, podendo também ser fenômenos ambientais que interferem nas condições de saúde. Esse guia foi elaborado para facilitar ao enfermeiro a identificação dos fenômenos de enfermagem mais prevalentes nas gestantes e intervir com efetividade.</p> <p>III. Importância: Frente ao alto índice de morbi-mortalidade materna e perinatal, a utilização de um guia de conduta é importante para tomada de decisão com evidência científica.</p> <p>IV. Objetivo: Facilitar a intervenção de enfermagem frente aos fenômenos identificados em mulheres durante a gravidez.</p>	<p>VII. Plano de Cuidados de Enfermagem: Desenvolver planos de cuidados que viabilizem proporcionar a gestante melhor padrão de sono e respiratório, redução de edema e alívio das alterações da pele e prurido.</p> <p>VIII. Resultados esperados: Mudança no padrão de respostas humanas das gestante durante as alterações fisiológicas da gravidez.</p> <p>IX. Monitorização e Acompanhamento: A cada consulta de enfermagem e nas visitas domiciliares ver resultados das intervenções de enfermagem.</p> <p>X. Indicações na comunidade: Para orientar a gestante e familiares quanto as alterações orgânicas comum na gravidez e como enfrentar, e discutir assuntos pertinentes a gravidez e ao parto em grupo de gestantes.</p> <p>XII. Referências Bibliográficas: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.</p>	<p>XIII. Data da aprovação _____</p> <p>XIV. Data de revisão _____</p>
---	--	--

<p>V. Critérios de inclusão: Mulheres grávidas que estejam fazendo pré-natal com enfermeiro e apresentem queixas de ordem fisiológica.</p> <p>VI. Critérios de exclusão: - mulheres não grávidas, - que não estejam fazendo pré-natal com enfermeiro.</p> <p>VII. Avaliação: Aplicar as duas primeiras etapas do processo de Enfermagem: História de vida e saúde e Exame físico (geral e obstétrico), verificando as mudanças no quadro clínico.</p>	<p>Classificação internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: versão alpha. Brasília: ABEn (série didática: Enfermagem no SUS) 1997. MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática baseada em evidências – guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. Enfermagem de Excelência – da visão à ação. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.</p>	
--	--	--

Fonte: MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. **Formato para guias de conduta de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

Com respaldo na literatura de Obstetrícia que norteou este estudo, decodificamos as intervenções da CIPE minuciosamente em ações para melhor compreensão do leitor, e fundamentamos teórico/cientificamente para a efetivação das ações do enfermeiro.

5.6 Fundamentação para Implementação das Intervenções de Enfermagem segundo o Guia de Conduta

INTERVENÇÕES	FUNDAMENTAÇÃO
1. Escutar	Uma das primeiras atitudes do enfermeiro no pré-natal deve ser de acolhimento a gestante e ao parceiro, o que implica na valorização das emoções, sentimentos e histórias relatadas por ambos. Sendo a escuta aberta sem julgamentos e preconceitos, uma estratégia eficaz para estabelecer e fortalecer um vínculo entre profissional e cliente (OLIVEIRA e SAITO, 2005; BRASIL, 2000).
2. Confortar e Orientar	O cuidado de Enfermagem tem se caracterizado ao longo da história como atitudes que visam propiciar conforto e biossegurança aos pacientes. Muitas vezes o simples segurar da mão é o suficiente para transmitir segurança ao paciente e levá-lo a relaxar reduzindo sua ansiedade. No pré-natal, o fato de tirar as dúvidas da gestante, orientar cuidados para amenizar os desconfortos durante a gravidez, são medidas confortantes para a gestante. A prática de Enfermagem tem sempre buscado propiciar conforto aos usuários de seus serviços (CARRARO, 1997; MANCIA, LEAL e MACHADO, 2003).
3. Auscultar e Examinar os Pulmões das Gestantes.	Apesar da dispnéia ser usualmente fisiológica durante a gravidez, pode às vezes ter uma razão patológica, podendo ser causada por um edema pulmonar, acidose grave ou excessiva pressão sobre o diafragma. Sendo importante a ausculta para

	investigar tais possibilidades (JARVIS, 2002; ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
4. Orientar que a gestante se deite em decúbito dorsal com os braços estendidos acima da cabeça.	Esta posição distende ao máximo a cavidade torácica, expandindo todo o tecido pulmonar, aliviando a dificuldade respiratória, melhorando a dispnéia das gestantes (BRANDEN, 2000; ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
5. Solicitar Hemograma completo frente as queixas de desconforto respiratório.	O hemograma permite avaliar se há anemia através da contagem de hemoglobina e hematócrito, ou presença de alguma infecção através da leucometria. O desconforto respiratório pode ter como uma de suas causas patológicas a anemia ou infecção respiratória (BRANDEN, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2002).
6. Documentar as intervenções no prontuário da gestante.	É importante, porque além de se tornar instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, fornece dados para acompanhar a evolução dos pacientes, estabelecer novos diagnósticos, é essencial como documentação legal, instrumento para ensino e pesquisa em Enfermagem e auditoria (AGUIAR e ARAÚJO, 1998).
7. Verificar a semana gestacional frente às queixas das mulheres grávidas.	Grande parte das queixas apresentadas pelas gestantes são decorrentes das alterações fisiológicas comuns da gravidez nos 1º e 3º trimestre. Sendo importante avaliar a semana gestacional, verificando se a alteração é condizente com a semana identificada, para orientar e confortar a cliente e família (BRANDEN, 2000; JARVIS, 2002).
8. Repouso em decúbito lateral esquerdo – DLE em caso de edema, distúrbio respiratório e para melhorar o padrão de sono.	Em DLE, o líquido do edema das extremidades é redistribuído, o fluxo sanguíneo fica mais fácil para a placenta e para os tecidos uterinos, as grandes veias abdominais são aliviadas, melhorando débito cardíaco, a circulação geral, aliviando a dispnéia, o edema e melhorando o padrão de sono da gestante (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; REZENDE e MONTENEGRO, 2002; BRANDEN, 2000).
9. Elevar os membros inferiores - MMII	Ocorre diminuição do edema quando o efeito da gravidade é reduzido (BRANDEN, 2000; ZIEGEL e CRANLEY, 1985; NETTINA, 1998).
10. Ingestão de líquido morno antes de dormir.	Pela ação vasodilatadora do calor, o líquido morno dilata os vasos sanguíneos, relaxando a musculatura, aliviando as tensões, proporcionando um sono relaxante a gestante (WILKINS, 2004; BRANDEN, 2000).

11. Exercícios respiratórios	Auxilia a gestante a reduzir as tensões, desenvolve sua capacidade de relaxar, melhorando seu repouso (BRANDEN, 2000; ZIEGEL e CRANLEY, 1985; NETTINA, 1998).
12. Massagens de conforto	Relaxa os músculos, aliviando a lombalgia, contribuindo para um repouso relaxado para a gestante, além de servir também para aproximar os casais, atendendo as necessidades de aconchego (BRANDEN, 2000; ZIEGEL e CRANLEY, 1985; NETTINA, 1998).
13. Na queixa de edema, verificar elevação de PA.	A pressão arterial (PA) deve ser verificada cuidadosamente a cada consulta, para avaliar os desvios, tendo em vista, que a presença de edema associado à elevação de PA + presença de proteína na urina pode ser indicativo de toxemia gravídica (REZENDE e MONTENEGRO, 2002; ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
14. Verificar localização e tipo do edema.	É importante saber onde se localiza o edema, para se diferenciar o tipo, se é gravitacional que se limita aos MMII ou generalizado, caracterizado por engrossamento dos dedos, face vultosa, súbito aumento de peso, podendo ser sinal de toxemia gravídica (REZENDE e MONTENEGRO, 2002; ZIEGEL e CRANLEY, 1985; BRASIL, 2000).
15. Solicitar sumário de urina	Para pesquisa de proteína na urina, a qual associada ao edema e elevação de PA, é sugestivo de toxemia (REZENDE e MONTENEGRO, 2002; BRASIL, 2000).
16. Redução de sódio na presença de edema generalizado.	A queda de pressão oncótica plasmática decorrente da relativa hipoalbuminemia, agrava o processo fisiológico de retenção de sódio, aumentando a absorção tubular, ocasionando o edema generalizado, sendo indicado a redução de sódio, visando alívio sintomático (REZENDE e MONTENEGRO, 2002; ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
17. Diminuir ingesta líquida à noite.	A freqüência e urgência urinária são comuns no início e final da gestação em consequência da pressão exercida pelo útero sobre a bexiga (1º semestre) + contato da apresentação fetal (3º semestre). E para evitar que a gestante tenha que se levantar várias vezes durante a noite para urinar, interrompendo o sono, se deve diminuir a ingesta de água neste período (REZENDE e MONTENEGRO, 2002).

-
18. Investigar hábitos alimentares e ingestão líquida + frequência de evacuações anterior a gestação + sedentarismo. A constipação é uma alteração habitual na gravidez, causada por alterações hormonais que causam relaxamento do tônus intestinal e dos músculos abdominais, porém, dependendo dos hábitos alimentares da gestante, se ingere pouco líquidos, tem vida sedentária ou já tinha problema de evacuar antes de engravidar, o quadro de constipação se agrava na gestação. Sendo investigado esses fatores, para que intervenções efetivas sejam implementadas (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; WILKINS, 2004).
-
19. Orientar dieta rica em fibras + aumentar ingestão líquida e fazer exercícios físicos, frente ao sintoma de constipação. Os alimentos ricos em fibras favorecem a atividade peristáltica do aparelho digestivo, pois promovem o aumento do bolo fecal através da retenção de água, regularizando o trânsito intestinal, o alívio dos sintomas da constipação. No entanto, para que ocorra os efeitos benéficos é necessário que se aumente a ingestão de líquidos, a qual hidrata os intestinos, facilitando a evacuação. Juntamente com estes cuidados, para um efeito sinérgico melhor, é aconselhável exercícios físicos como a caminhada, para estimular a função intestinal (LAUDANNA, 2004; UNIPAX, 2005).
-
20. Ensinar exercício de reeducação intestinal. Procurar ir ao banheiro sempre em uma determinada hora, ou quando sentir vontade de evacuar, não reprimindo a vontade. Fazendo este exercício diariamente, ocorrerá a reeducação funcional dos intestinos, proporcionando a eliminação da constipação (LAUDANNA, 2004; UNIPAX, 2005).
-
21. Investigar icterícia, a cor da urina, cor das fezes + presença de lesões pruriginosas no abdome, ou presença de foliculite, quando a gestante se queixar de prurido ou lesões na pele. Porque durante a gravidez podem ocorrer dermatoses como a colestase intra-hepática, comum no 3º trimestre, caracterizada por prurido generalizado com ou sem icterícia, podendo ocorrer obstrução dos ductos biliares, o que levará ao surgimento de colúria (urina cor de coca-cola, pela presença de biliar na urina) e fezes acólicas (esbranquiçadas pela ausência de biliar no intestino). A presença de pápulas ou bolhas pruriginosas no abdome pode ser herpes gestacional, também conhecida por penfigóide da gestação. Quanto a foliculite, é considerada uma forma de acne, comum na gravidez, podendo ou não estar associada a colestase intra-hepática. Todas estas alterações devem ser investigadas na consulta pré-natal e, ao serem detectadas, a gestante deverá ser encaminhada a especialistas (dermatologista e gastroenterologista) para tratamento pertinente (DERMATONEWS, 2004).
-

-
22. Investigar presença de Hemorróidas. As hemorróidas são varicosidades que se projetam do reto, que podem surgir durante a gravidez, como coexistência da constipação. Elas podem coçar e sangrar, sendo uma das causas de prurido na gravidez, por isso, se deve investigá-las junto a gestante para que condutas sejam tomadas visando amenizar tal sintomatologia (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; NETTINA, 1998; BRANDEN, 2000; BRASIL, 2000).
-
23. Orientar banho morno com adição de bicarbonato de sódio na água. Durante a gravidez em consequência das alterações hormonais, ocorre aumento da atividade das glândulas sebáceas e sudoríferas, ou seja, a função excretória da pele aumenta resultando na eliminação de substâncias irritantes, aumento da sudorese, causando prurido e desconforto. O banho morno ajuda eliminar a grande oleosidade da pele, e o bicarbonato de sódio por ter ação alcalinizante e anidrótica, amenizam os incômodos da sudorese intensa (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; BURROUGHS, 1995; NETTINA, 1998; BRANDEN, 2000).
-
24. Orientar que evite se enxugar com fricção. Porque a fricção estimula a pele, aumentando a atividade das glândulas e conseqüentemente o prurido (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; WILKINS, 2004).
-
25. Orientar uso de roupas leves e soltas. Porque desencadeiam menos prurido e são mais confortáveis para o binômio mãe-filho (ZIEGEL e CRANLEY, 1985; BURROUGHS, 1995; NETTINA, 1998; REZENDE e MONTENEGRO, 2002).
-
26. Orientar manter unhas curtas e aparadas. Para evitar que a gestante ao sentir prurido e automaticamente coçar-se, venha lacerar a pele com as unhas, por estarem grandes (WILKINS, 2004; DERMATONEWS, 2004).
-
27. Orientar a gestante que observe como sua pele reage frente ao tipo de sabão que está usando no banho. Porque o prurido pode está sendo estimulado pelo tipo de substância que contêm o sabão, podendo ser necessário trocá-lo (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
-
28. Orientar uso de cremes específicos para amenizar o prurido. A utilização de cremes que não contém álcool ou substâncias que não irrite a pele, são coadjuvantes na tentativa de amenizar o prurido causado pelas alterações da pele no período gestacional (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).
-
29. Encaminhar a gestante ao profissional especialista sempre que se problemas da gestante que necessitam da
-

faça necessário.

intervenção de outros profissionais, fazendo encaminhamento ao profissional certo, no momento certo, demonstrando resolutividade de problemas com efetividade e interdisciplinaridade (JARVIS, 2002).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos possibilitou um aprofundamento no percurso histórico da Enfermagem, na busca da elaboração de um corpo de conhecimentos que possibilitasse a identificação de elementos específicos de sua prática, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a utilização de tecnologias no cuidar.

Percebemos que várias conquistas foram alcançadas, entre elas reaver a atuação da Enfermagem obstétrica, conseqüência do reconhecimento mundial do cuidar humanizado que desenvolve, no qual o parto e o nascimento são cuidados de maneira harmônica, situando a gestante nas melhores condições para que a natureza possa agir.

Para que ocorra um parto saudável é necessário um pré-natal de qualidade, sendo importante que o pré-natalista saiba identificar as alterações fisiológicas e patológicas da gravidez, intervindo com efetividade.

Nesta perspectiva, verificamos que os fenômenos de Enfermagem mais prevalentes em gestantes se caracterizam por sono intermitente, dispnéia funcional, edema, ortopnéia e constipação. A partir destes dados, elaboramos o guia de conduta, o qual nos possibilitou descrever fenômenos e intervenções próprias da Enfermagem, reforçando a noção de que o nosso cuidar está além da medicalização dos corpos.

Consideramos, então, que tecnologia não é algo distante de nosso universo profissional, podendo ser desenvolvida sem incluir altos custos, e não descaracterizando o humanismo de nossa profissão. A incorporação de tecnologia, numa visão ampla do termo, é uma necessidade vigente, pois facilita a obtenção de melhores resultados no cuidado de Enfermagem, mediante a evidência de dados necessários à assistência efetiva ao cliente, com a apropriação dos elementos específicos da profissão. No que tange a especificidade do nosso saber e fazer, entretanto, ainda temos muito que pesquisar e realizar.

O desenvolvimento destes guias de conduta de Enfermagem em pré-natal demonstrou que a CIPE pode ser usada em qualquer área do cuidar, porém, ainda são escassos estudos sobre eles em nosso País, o que torna crucial a realização de mais pesquisas que facilitem sua compreensão e aplicabilidade.

A utilização da CIPE pela Enfermagem Obstétrica, e nas diversas dimensões e cenários do cuidar, contribuirá para a apreensão de ações específicas e conseqüentemente,

para a (re)construção e organização de conhecimentos que evidenciarão a cientificidade da profissão, ampliando mais o espaço de autonomia do enfermeiro.

Esperamos que esta pesquisa seja um estímulo para realização de outras neste direcionamento, para termos cada vez mais a clareza sobre quais os elementos específicos que compõem nosso SABER-SER-ENFERMEIRO, SABER-FAZER-ENFERMAGEM e SABER-CUIDAR com efetividade e eficácia.

7 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. C. R.; ARAÚJO, T. L. O conhecimento de enfermagem sobre o por que, o que, como e quando anotar. In: FORTE, B. P.; GUEDES, M. V. C. **Conhecimento e poder em saúde: cultura acadêmica da prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1998. p.75-83.
- ALMEIDA, M. M. G. Intervalo entre partos: condicionantes e conseqüências. **Rev. Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 8, n. ½, p. 37-55, abr./out. 1995.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Classificação internacional das práticas de enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: versão Alpha**. Brasília: ABEn, 1997 (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- BARBIERI, J. C. **Produção e transferência de tecnologia**. São Paulo: Ática, 1990.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000.
- _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.
- _____. Resolução n° 196, de 10 de Outubro de 1996. Brasília. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs.reso196.doc>>. Acesso em: 10 mar. 2004.
- BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médica, 1997.
- CARRARA, H. H. A.; DUARTE, G. Semiologia obstétrica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 29, n. 1, p. 88-103, jan./mar. 1996.
- CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: A.B. Editora, 1997.
- CARVALHO, G. M.; BARROS, S. M. O. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 9-17, jan./abr. 2000.
- CEARÁ. Secretária da Saúde. **Parâmetros mínimos da NOAS estabelecidos pela SESA**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br.html>>. Acesso em: 18 ago. 2004.
- CHAVES, G. L. C. **Menina-moça e mãe menina**. Disponível em: <<http://www.versaobeta.hpg.ig.com.br/saude/sex3.htm>> Acesso em: 10 nov. 2004.
- CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M.(Org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC**. Brasília: ABEn, 1999. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CNBB. **Família brasileira está cada vez menor.** Conjuntura Social e Documentação Eclesial, n. 691. Encarte. Disponível em: <<http://cnbb.org.br/estudos/encar.69.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2004.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ptintipo, 1989.

CORRÊA, M. D. **Noções práticas de obstetrícia.** 11. ed. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 1994.

CORREIA, L. L.; MCAULIFE, J. F. Saúde materno-infantil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 392-393.

DERMATONEWS. **Alterações fisiológicas da pele na gravidez.** Disponível em: <http://www.dermatoneWS.org.br/12_dermato/12_doencapele.html>. Acesso em: 5 nov. 2004.

DESER. Síntese de indicadores sociais conforme as desigualdades da sociedade brasileira. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Comunicação social.** Disponível em: <http://www.deser.org.br/noticias_read.asp?id=625.html>. Acesso em: 25 nov. 2004.

ELHART, D.; FIRSICH, S. C. **Princípios científicos de enfermagem.** 8. ed. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.

FARIAS, J. N.; NÓBREGA, M. M. L.; PÉREZ, V. L. A. B.; COLER, M. S. **Diagnóstico de Enfermagem:** uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Maria, 1990.

FEBRASGO. **Assistência pré-natal.** In: Manuais. Disponível em: <<http://www.febRASGO.org.br/manuais.htm>>. Acesso em: 10 out. 2004.

FREIRE, L. D. **Diagnósticos de enfermagem relacionados com os fatores que interferem nas atividades de vida da primigesta no contexto familiar.** Fortaleza: UFC, 2001.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GONZALEZ, H. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia.** 6. ed. São Paulo: Senac, 2003.

INSTINTO MATERNAL. Disponível em: <http://www.inrevista.instinto.com.br/artigos/instinto_maternal.html>. Acesso em: 6 dez. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Taxa de fecundidade caiu em 2003, vem caindo.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/htm>>. Acesso em: 25 nov. 2004.

JAKOBI, H. R. **Primeiro trimestre de gestação.** Disponível em: <<http://www.jakobi.com.br/primeirotrimestre.html>> Acesso em: 11 nov. 2004.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LAKATOS, M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

- LAUDANNA, A. A. **Constipação intestinal**. Disponível em: <http://www.fugesp.org.br/revistas/gastro/gastro_08/gastro8_4.htm> Acesso em: 28 dez. 2004.
- LENK, H. Tecnocracia e tecnologia: notas sobre uma discussão ideológica. In: DREITZEL, H. P. *et al.*. **Tecnocracia e ideologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 28.
- LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC, 1999.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabra-Koogan, 2001.
- MAIA, P. R. S. Reflexões sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 125-154, out./dez. 1984.
- MANCIA, J. R.; LEAL, S. M. C.; MACHADO, C. S. Tecnologias e inventos de enfermeiras: cuidando com criatividade. **RECENF**: Revista técnico-científica de enfermagem. Curitiba, v. 1. n. 1, p. 18-21, jan./fev. 2003.
- MANUAL MERCK. **Gravidez**. Saúde para a família. Disponível em: <http://www.msdbrasil.com/msd43/m-manual/mm_sec22_243.htm#topo> Acesso em: 10 nov. 2004.
- MAZZA, V.A.; MANTOVANI, M. F. O diagnóstico de enfermagem e a metodologia da assistência: da teoria à prática. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E.(Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 77-89.
- MEDEIROS, J. A.; MEDEIROS, L. A. **O que é tecnologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- MEIER, M. J.; NASCIMENTO, S. R. Comunicação e tecnologia: instrumentos para o cuidado. **RECENF**: Revista Técnico-científica de Enfermagem. Curitiba, v. 1, n. 3, p. 119-223, maio/jun. 2003.
- MELO, R. P.; MOURA, Z. A.; LOPES, M. V. O. **Instrumento de avaliação de saúde fundamentado na classificação internacional das práticas de enfermagem**. Fortaleza:UFC, 2003.
- MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. dos. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 556-561, set./out. 2002.
- MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 6-10, abr./jun. 2002.
- MINATEL, V. F. **Enfermagem baseada em evidências**: aplicabilidade na prática assistencial: relato de experiência. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Enftec, 2002.

- MINATEL, V. F.; SIMÕES, R. O. A trilha para demonstrar uma prática baseada em evidências: guias de conduta de enfermagem. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.49-63.
- MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador,BA: Casa da Qualidade, 2002.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, , 1998.
- NETO, Levon Badiglian., FILHO, Levon Badiglian. **Queixas mais comuns no pré-natal**. Disponível em:< <http://www.drlevon.com.br/queixas.html>>. Acesso em: 17 nov. 2004.
- NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí,RS: Ed.UNIJUÍ, 2000.
- NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE: versão Alfa**. João Pessoa, PB: Idéia, 2000.
- OLIVEIRA, S. M. J. V.; SAITO, E. **Avaliação e intervenção de enfermagem na gestação**. Disponível em: <http://www.dreamaker.com.br/ids/enfermagem/tema2/tema11_1.asp>. Acesso em: 15 jan. 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Disponível em:<<http://www.opas.org.br.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2003.
- PEIXOTO, M. R. B. **Tecnologia no setor saúde: critério de avaliação de qualidade dos serviços hospitalares**. 1990. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1990.
- PEROSA, M. **Doenças do aparelho digestivo: gestação e doença hemorroidária**. Disponível em: <<http://www.hepato.com.br.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2004.
- RATTNER, H. **Informática e sociedade**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia da pesquisa: do planejamento à execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002.
- RIESCO, M. L. G. **A Obstetriz ou enfermeira obstétrica**. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_hps_html>. Acesso em: 22 jan. 2005.
- RODRIGUES, P. C. **Bioestatística**. Niterói,RJ: EdUFF, 2002.
- ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de Enfermagem**. 3. ed. Portugal: Mc GrawHill, 1995.
- SAKOTA, J. S. S.; DHAND, R. **Distúrbios do sono na gravidez**. Disponível em: <<http://www.sonolab.com.br/disturbiosdosono.html>>. Acesso em: 10 nov. 2004.
- SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método científico: instrumento básico da enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 25-38.

SILVA, L. M. G., ROSA, B. A., SIMÕES, R. O., PEDREIRA, M. L. G. Modelo assistencial: um papel em evolução: o(a) enfermeiro(a) como líder do cuidado. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 7-18.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

SOUZA, A .C.; VARELA, Z. M. V. Gravidez na adolescência e maternidade precoce: um problema sócio-sanitário. In: FORTE, B. P.; GUEDES, M. V. C. **Conhecimento e poder em saúde: cultura acadêmica da prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1998. p. 145-152.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. Pequenos grupos de convergência: métodos de desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9. n. 1., p. 73-78, jan./abr. 2000.

TYRRELL, M. A .R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

UNIPAX. **Dicas para reeducação intestinal**. Disponível em: <<http://www.unipax.com.br/teste/dicas/index.asp>>. Acesso em: 15 jan. 2005.

VIANNA, C. M. política tecnológica e evolução industrial no setor saúde. In: _____. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.209-280.

WILKINS, W. L. **Straight A's in maternal-neonatal nursing**. Philadelphia: A Wolters Kluwer Company, 2004.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de Aprovação do COMEPE

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Fortaleza, 29 de março de 2004

Of. N° 116/04

Protocolo n° 41/04

Pesquisador responsável: Neudson Johnson Martinho

Deptº/Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: “Guia de conduta de enfermagem em pré-natal: o desenvolvimento de tecnologia em enfermagem à luz da CIPE - versão Alpha”

Levamos ao conhecimento de V.S^a que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 25 de março de 2004.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

ANEXO B – Termo de Consentimento para Coleta de Dados**Título da Pesquisa: Guia de Conduta de Enfermagem em Pré-Natal: desenvolvimento de tecnologia em enfermagem à luz da CIPE.**

Ilma.Sra.Coordenadora do Centro de Desenvolvimento Familiar – CEDEFAM

Vimos por meio deste solicitar a V.S^a. autorização para coletar dados nos arquivos da UCE-CEDEFAM/UFC, visando a realização da pesquisa acima citada, a qual objetiva desenvolver um guia de conduta para consulta de enfermagem em pré-natal a partir da identificação dos fenômenos de enfermagem da CIPE-versão Alfa, através dos registros de enfermagem nos prontuários gestantes que se submeteram a consulta de pré-natal no período de julho de 2002 à agosto de 2003.

A escolha da UCE/CEDEFAM como ambiente de pesquisa se deu pelo mesmo ser caracterizado como campo de prática, ensino, pesquisa e extensão na formação de enfermeiros ao nível de graduação e pós-graduação legitimando-se como espaço privilegiado de ações independentes de enfermagem, cujos registros enfocam especificidades da profissão.

Asseguramos que a pesquisa não envolve riscos de natureza física, psicológica ou moral para clientes ou funcionários da instituição.

A Sra. poderá retirar a instituição da pesquisa a qualquer momento sem constrangimentos, e em caso de dúvida, por favor entre em contato com o pesquisador: Enf. Neudson Johnson Martinho pelo fone (085) 3274-5687 ou com o orientador Prof. Dr. Marcos V. O. Lopes pelo fone: (085) 3232-2729.

Certos de vosso apoio, antecipadamente, agradecemos.

Fortaleza, _____, _____ de 2004.

Assinatura do Pesquisador

Eu _____ RG n° _____

Depois de ter sido esclarecida, autorizo a realização da pesquisa no CPN-CEDEFAM/UFC

Assinatura da Coordenadora do CEDEFAM

ANEXO C – Instrumento para Avaliação do Estado de Saúde da Gestante

1. Dados de Identificação:

Nome _____ Idade _____ Ocupação _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____

Quantidade de Gestações _____ Partos _____ Abortos _____

Nº de Filhos _____ Nº de consultas de pré-natal realizadas atualmente _____

Renda Familiar _____

2. Funções Fisiológicas

2.1. Respiração

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cansa fácil | <input type="checkbox"/> Roncos |
| <input type="checkbox"/> Apresenta dificuldade para se mover | <input type="checkbox"/> Poucos murmúrios vesiculares |
| <input type="checkbox"/> Baixa capacidade funcional | <input type="checkbox"/> Desconforto em repouso |
| <input type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Ventila com desconforto |
| <input type="checkbox"/> Estridores | |
| <input type="checkbox"/> Incapacidade para desobstruir as vias aéreas | |
| <input type="checkbox"/> Substâncias provenientes das vias aéreas | |
| <input type="checkbox"/> Substâncias provenientes do meio externo | |

Frequência respiratória: _____

2.2. Circulação

P.A: _____

Pulso: _____

Ausculta: _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cianose localizada ou generalizada |
| <input type="checkbox"/> Perda de sangue (hipovolemia) |
| <input type="checkbox"/> Arritmia |

2.3. Termorregulação

Temperatura: _____

- Pele ruborizada
- Calor
- Tremores
- Calafrios
- Piloereção
- Sensação de frio

2.4. Nutrição

Peso: _____

Altura: _____

I.M.C.: _____

- Fraqueza muscular/Debilidade
- Perda de peso
- Ganho de peso
- Associação da alimentação com atividades físicas
- Concentração da ingestão de alimentos no final do dia
- Alimentação em resposta a estímulos internos/externos
- Apetite prejudicado

2.5. Digestão

- Absorção incompleta
- Refluxo do Estômago:
 - pela boca
 - para o pulmão
- Expulsão de alimento através da boca

2.6. Hidratação

- Sede
- Edema

2.7. Aleitamento Materno

- Ausente
- Excessiva
- Ineficaz

2.8. Eliminação

- Incapacidade de controlar a defecação
- Fluxo constante de fezes soltas, líquidas e não formadas
- Frequência das evacuações:
 - Aumentada
 - Diminuída
- Ruídos intestinais:
 - Aumentados
 - Diminuídos
- Fezes formadas e endurecidas
 - Massa palpável no abdômen
 - Massa palpável no reto
- Esforço para evacuar
- Evacuação dolorosa
- Cólica
- Distensão abdominal

Pressão retal

- Perda involuntária de urina:

- Devido à pressão abdominal e gotejamento de urina
- Em intervalos previsíveis quando a bexiga atinge um volume determinado
- Após uma forte sensação de urgência para urinar
- Urgência para urinar anterior ao armazenamento máximo
- Perda imprevisível e contínua de urina
- Perda involuntária de urina durante a noite

Esvaziamento incompleto da bexiga

Diminuição do volume urinário

Urina concentrada

2.9. Tegumento

Epiderme com baixa umidade

Aspereza

Descamada

Esfoliada

Pele fria (sudorese)

Palidez

- Mucosa com baixa umidade/seca/com falta de secreção:

Cavidade oral

Cavidade ocular

Cavidade vaginal

Erupção cutânea

Áreas da pele com mudança de cor e/ou protuberância

Cobertura esbranquiçada nas mucosas

Rachadura da derme ou epiderme devido à diminuição da elasticidade da pele

Rachadura da derme ou epiderme devido à diminuição da capacidade de distender a pele

Abrasão epidérmica podendo atingir a derme pela presença contínua de umidade

Rompimento da continuidade da superfície tegumentar como uma base inflamada

Diminuição de suprimento sanguíneo e/ou perda de tecidos

Devido à compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície de apoio

- Ferida:

Resultante de procedimento cirúrgico

Resultante de injúria

- Turgor da pele diminuído
- Pele seca

2.10. Restauração

- Dificuldade para iniciar a diminuição da atividade corporal
- Sono descontínuo dentro de um período noturno normal esperado
- Freqüente despertar durante o sono
- Ausência de sono
- Diminuição recorrente da atividade corporal enquanto acordado
- Cansaço
- Insônia
- Sonolência
- Bocejar freqüente
- Desatenção devido ao cansaço
- Sensação de não estar bem descansado
- Falta de vigor com ou sem atividade
- Abatimento
- Irritabilidade aumentada
- Depleção total de vigor

2.11. Atividade Física

- Ausência completa da capacidade de movimentar o corpo todo
- Passo trôpego
- Rigidez muscular
- Nível de atividade sedentário
- Letargia
- Mudanças freqüentes na postura
- Capacidade reduzida de movimentar partes do corpo
- Andar apressado

- Mobilidade de partes do corpo (perda ou prejuízo devido à lesão do mecanismo neural ou muscular):

- Boca
- Pálpebra
- Faringe

2.12. Reprodução

- Função sexual/Satisfação Sexual
- Fertilidade

2.13. Crescimento e Desenvolvimento

- Gestação
- Desenvolvimento do processo perinatal do corpo
- Fim dos processos mantenedores da vida
- Funções corporais diminuídas

2.14. Fenômenos de Enfermagem detectados com maior frequência:

Fonte: Adaptado do instrumento elaborado por MOURA, Z .A.; MELO, R. P.; LOPES, M. V. O. Instrumento de avaliação de la salud basado en la clasificación internacional de las prácticas de enfermería. Valência. **Revista Enfermería Integral**. n. 68, p.22-26, 2004.

ANEXO D - Classificação das Intervenções de Enfermagem – Eixo A – Tipos de Ações – segundo a CIPE

2.	Nursing Interventions	Intervenções de Enfermagem
2.A. - 1	Observing	Observar
2.A. - 1.1	Identifying	Identificar
2.A. - 1.1.1	Tracing	Localizar
2.A. - 1.1.2	Profiling	Traçar o perfil
2.A. - 1.2	Determining	Determinar
2.A. - 1.2.1	Examining	Examinar
2.A. - 1.2.1.1	Inspecting	Inspeccionar
2.A. - 1.2.1.2	Auscultating	Auscultar
2.A. - 1.2.1.3	Palpating	Palpar
2.A. - 1.2.1.4	Percussing	Percutir
2.A. - 1.2.1.5	Interviewing	Entrevistar
2.A. - 1.2.1.6	Discussing	Discutir
2.A. - 1.2.1.7	Screening	Triar
2.A. - 1.2.2	Testing	Testar
2.A. - 1.2.3	Analyzing	Analisar
2.A. - 1.2.4	Checking	Conferir
2.A. - 1.2.5	Verifying	Verificar
2.A. - 1.2.6	Measuring	Mensurar
2.A. - 1.2.6.1	Weighing	Pesar
2.A. - 1.2.7	Calculating	Calcular
2.A. - 1.3	Monitoring	Monitorar
2.A. - 1.3.1	Surveying	Investigar
2.A. - 1.3.2	Collecting	Coletar
2.A. - 1.3.3	Supervising	Supervisionar
2.A. - 1.4	Assessing	Avaliar
2.A. - 1.4.1	Interpreting	Interpretar
2.A. - 2	Managing	Administrar
2.A. - 2.1	Organizing	Organizar
2.A. - 2.1.1	Coordinating	Coordenar
2.A. - 2.1.1.1	Planning	Planejar
2.A. - 2.1.1.1.1	Prioritizing	Priorizar
2.A. - 2.1.1.1.1.1	Triaging	Selecionar
2.A. - 2.1.1.1.2	Scheduling	Programar
2.A. - 2.1.1.2	Arranging	Alocar
2.A. - 2.1.1.3	Requesting	Solicitar
2.A. - 2.1.1.4	Referring	Encaminhar
2.A. - 2.1.1.5	Implementing	Implementar
2.A. - 2.1.2	Controlling	Controlar
2.A. - 2.1.2.1	Regulating	Regular
2.A. - 2.1.2.1.1	Altering	Alterar
2.A. - 2.1.2.1.1.1	Initiating	Iniciar
2.A. - 2.1.2.1.1.2	Increasing	Aumentar
2.A. - 2.1.2.1.1.3	Decreasing	Diminuir
2.A. - 2.1.2.1.1.4	Interrupting	Interromper

2.A. - 2.1.2.1.1.4.1	Weaning	Desmamar
2.A. - 2.1.2.1.1.4.2	Suppressing	Suprimir
2.A. - 2.1.2.1.2	Maintaining	Manter
2.A. - 2.1.2.1.2.1	Stabilizing	Estabilizar
2.A. - 2.1.2.1.2.2	Optimizing	Otimizar
2.A. - 2.1.2.2	Restraining	Limitar
2.A. - 2.1.2.2.1	Restricting	Restringir
2.A. - 2.1.2.2.1.1	Area Restricting	Restringir área
2.A. - 2.1.2.2.1.2	Immobilizing	Imobilizar
2.A. - 2.1.2.2.2	Isolating	Isolar
2.A. - 2.1.2.2.3	Limit Setting	Estabelecer limites
2.A. - 2.2	Providing	Prover
2.A. - 2.2.1	Applying	Aplicar
2.A. - 2.2.2	Distributing	Distribuir
2.A. - 3	Performing	Desempenhar
2.A. - 3.1	Cleaning	Limpar
2.A. - 3.1.1	Washing	Lavar
2.A. - 3.1.1.1	Rinsing	Enxaguar
2.A. - 3.1.1.2	Irrigating	Irrigar
2.A. - 3.1.1.3	Flushing	Lavar sob pressão
2.A. - 3.1.2	Cleansing	Purificar
2.A. - 3.1.2.1	Disinfecting	Desinfetar
2.A. - 3.1.2.2	Sterilizing	Esterilizar
2.A. - 3.1.3	Scrubbing	Esfregar
2.A. - 3.1.4	Shampooing	Ensaboar
2.A. - 3.1.5	Suctioning	Sugar
2.A. - 3.1.5.1	Aspirating	Aspirar
2.A. - 3.1.5.1.1	Manual Aspirating	Aspirar manualmente
2.A. - 3.1.5.1.2	Mechanical Aspirating	Aspirar mecanicamente
2.A. - 3.1.6	Draining	Drenar
2.A. - 3.2	Grooming	Arrumar
2.A. - 3.3	Bathing	Banhar
2.A. - 3.3.1	Soaking	Embeber
2.A. - 3.4	Covering	Cobrir
2.A. - 3.4.1	Clothing	Agasalhar
2.A. - 3.4.2	Dressing	Vestir
2.A. - 3.4.3	Draping	Cobrir com campos
2.A. - 3.5	Feeding	Alimentar
2.A. - 3.6	Positioning	Posicionar
2.A. - 3.6.1	Elevating	Elevar
2.A. - 3.6.2	Lowering	Abaixar
2.A. - 3.6.3	Turning	Virar
2.A. - 3.6.4	Transferring	Transferir
2.A. - 3.7	Manipulating	Manipular
2.A. - 3.7.1	Massaging	Massagear
2.A. - 3.7.1.1	Rubbing	Friccionar
2.A. - 3.7.1.2	Manual Pressure	Pressionar manualmente
2.A. - 3.7.1.3	Cardiac Massaging	Massagear o coração

2-A. - 3.7.2	Milking	Ordenhar
2.A. - 3.7.2.1	Mechanical Milking	Ordenhar mecanicamente
2.A. - 3.8	Mobilizing	Mobilizar
2.A. - 3.9	Stimulating	Estimular
2.A. - 3.9.1	Electric Stimulating	Estimular eletricamente
2.A. - 3.9.2	Defibrillating	Desfibrilar
2.A. - 3.10	Cutting	Cortar
2.A. - 3.10.1	Shaving	Barbear
2.A. - 3.10.2	Incisioning	Incisionar
2.A. - 3.11	Suturing	Suturar
2.A. - 3.12	Ventilating	Ventilar
2.A. - 3.13	Preparing	Aprontar
2.A. - 3.14	Inflating	Insuflar
2.A. - 3.14.1	Hyperinflating	Hiperinsuflar
2.A. - 3.15	Inserting	Inserir
2.A. - 3.15.1	Injecting	Injetar
2.A. - 3.15.2	Puncturing	Puncionar
2.A. - 3.15.3	Catherization	Cateterizar
2.A. - 3.15.4	Intubating	Intubar
2.A. - 3.15.5	Instilling	Instilar
2.A. - 3.16	Instaliing	Instalar
2.A. - 3.16.1	Setting Up	Montar
2.A. - 3.16.2	Putting On/In	Ligar
2.A. - 3.17	Removing	Remover
2.A. - 3.17.1	Drawing	Esvaziar
2.A. - 3.17.2	Disposing	Descartar
2.A. - 3.18	Changing	Trocar
2.A. - 4	Caring	Cuidar
2.A. - 4.1	Assisting	Assistir
2.A. - 4.1.1	Facilitating	Facilitar
2.A. - 4.1.2	Supporting	Apoiar
2.A. - 4.1.2.1	Emotional Support	Apoiar emocionalmente
2.A. - 4.1.2.1.1	Bereavement Support	Apoiar no luto
2.A. - 4.1.2.2	Spiritual Support	Apoiar espiritualmente
2.A. - 4.1.2.3	Encouraging	Encorajar
2.A. - 4.1.2.4	ReInforcing	Reforçar
2.A. - 4.1.2.4.1	Reality Orienting	Orientar para a realidade
2.A. - 4.1.2.5	Advocating	Interceder
2.A. - 4.1.3	Promoting	Promover
2.A. - 4.1.3.1	Inducing	Induzir
2.A. - 4.1.3.2	Motivating	Motivar
2.A. - 4.1.3.3	Enhancing	Intensificar
2.A. - 4.1.3.4	Empowering	Capacitar
2.A. - 4.2	Treating	Tratar
2.A. - 4.2.1	Alleviating	Abrandar
2.A. - 4.2.2	Relieving	Aliviar
2.A. - 4.2.3	Restoring	Restaurar
2.A. - 4.2.3.1	Resuscitating	Ressuscitar

2.A. - 4.2.3.2	Rehabilitating	Reabilitar
2.A. - 4.3	Preventing	Prevenir
2.A. - 4.3.1	Protecting	Proteger
2.A. - 4.3.2	Avoiding	Evitar
2.A. - 4.4	Relating	Relacionar
2.A. - 4.4.1	Communicating	Comunicar
2.A. - 4.4.1.1	Listening	Escutar
2.A. - 4.4.1.2	Establishing-Report With	Estabelecer 'rapport'
2.A. - 4.4.2	Presensing	Estar disponível
2.A. - 4.4.3	Collaborating	Colaborar
2.A. - 4.4.4	Contracting	Contratar
2.A. - 4.4.4.1	Negotiating	Negociar
2.A. - 4.4.4.1.1	Cultural Brokerage	Intermediação Cultural
2.A. - 4.4.5	Praising	Elogiar
2.A. - 4.4.6	Comforting	Confortar
2.A. - 4.4.7	Touching	Tocar
2.A. - 5	Informing	Informar
2.A. - 5.1	Teaching	Ensinar
2.A. - 5.1.1	Instructing	Instruir
2.A. - 5.1.1.1	Training	Treinar
2.A. - 5.1.1.1.1	Autogenic Training	Treinamento autogênico
2.A. - 5.1.2	Educating	Educar
2.A. - 5.2	Guiding	Orientar
2.A. - 5.2.1	Anticipatory Guiding	Orientar previamente
2.A. - 5.2.2	Advising	Recomendar
2.A. - 5.2.3	Counselling	Aconselhar
2.A. - 5.3	Describing	Descrever
2.A. - 5.3.1	Recording	Relatar
2.A. - 5.3.2	Documenting	Documentar

ANEXO E - Definições dos Termos Utilizados pela CIPE na Classificação das Intervenções de Enfermagem – Eixo A – Tipos de Ações

2	Nursing Interventions	Intervenções de Enfermagem Intervenções de Enfermagem são tipos de <i>Intervenções</i> com as seguintes características específicas: ações feitas pela enfermeira em resposta a <i>fenômenos de enfermagem</i> .
2.A - 1	Observing	Observar Observar é um tipo de <i>Intervenção de Enfermagem</i> com as seguintes características específicas: notar e olhar cuidadosamente alguém ou algo.
2.A - 1.1	Identifying	Identificar Identificar é um tipo de <i>Observar</i> com as seguintes características específicas: estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou algo.
2.A - 1.1.1	Tracing	Localizar Localizar é um tipo de <i>Identificar</i> com as seguintes características específicas: observar, descobrir, ou encontrar vestígios ou sinais de alguém ou algo pela investigação.
2.A - 1.1.2	Profiling	Traçar o perfil Traçar o perfil é um tipo de <i>Identificar</i> com as seguintes características específicas: identificar sistematicamente comportamentos de saúde e necessidades de uma população.
2.A - 1.2	Determining	Determinar Determinar é um tipo de <i>Observar</i> com as seguintes características específicas: encontrar ou estabelecer precisamente a presença de algo.
2.A - 1.2.1	Examining	Examinar Examinar é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: investigar algo e olhar de perto e analiticamente para algo ou alguém para estabelecer precisamente a presença de algo.
2.A - 1.2.1.1	Inspecting	Inspecionar Inspecionar é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: olhar de perto de forma sistemática para alguém ou para algo.
2.A - 1.2.1.2	Auscultating	Auscultar Auscultar é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: ouvir sons do interior do corpo.
2.A - 1.2.1.3	Palpating	Palpar Palpar é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: examinar partes do corpo pelo toque, usando as mãos.
2.A - 1.2.1.4	Percussing	Percutir Percutir é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: examinar partes do corpo pela aplicação de leves pancadas com os dedos ou com

		instrumentos.
2.A - 1.2.1.5	Interviewing	Entrevistar Entrevistar é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: examinar por perguntas e obtenção de respostas.
2.A - 1.2.1.6	Discussing	Discutir Discutir é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: examinar algo por argumentação.
2.A - 1.2.1.7	Screening	Triar Triar é um tipo de <i>Examinar</i> com as seguintes características específicas: distinguir aqueles que sofrem de uma doença ou outro fenômeno daqueles que não sofrem.
2.A - 1.2.2	Testing	Testar Testar é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: submeter alguém ou algo a provas ou testes.
2.A - 1.2.3	Analyzing	Analisar Analisar é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: sintetizar as informações sobre algo.
2.A - 1.2.4	Checking	Conferir Conferir é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de algo.
2.A - 1.2.5	Verifying	Verificar Verificar é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: estabelecer a veracidade ou exatidão de algo.
2.A - 1.2.6	Measuring	Mensurar Mensurar é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: averiguar valores numéricos dos atributos de algo.
2.A - 1.2.6.1	Weighing	Pesar Pesar é um tipo de <i>Mensurar</i> com as seguintes características específicas: averiguar o peso de algo ou alguém e expressá-lo em números.
2.A - 1.2.7	Calculating	Calcular Calcular é um tipo de <i>Determinar</i> com as seguintes características específicas: averiguar por contagem ou por cálculo matemático.
2.A - 1.3	Monitoring	Monitorar Monitorar é um tipo de <i>Observar</i> com as seguintes características específicas: olhar algo ou alguém repetida ou regularmente.
2.A - 1.3.1	Surveying	Investigar Investigar é um tipo de <i>Monitorar</i> com as seguintes características específicas: exame minucioso e contínuo

		de alguém ou algo repetida e regularmente ao longo do tempo.
2.A - 1.3.2	Collecting	Coletar Coletar é um tipo de <i>Monitorar</i> com as seguintes características específicas: agrupar, acumular ou reunir algo sistematicamente.
2.A - 1.3.3	Supervising	Supervisionar Supervisionar é um tipo de <i>Monitorar</i> com as seguintes características específicas: acompanhar o progresso de alguém ou de algo.
2.A - 1.4	Assessing	Avaliar Avaliar é um tipo de <i>Observar</i> com as seguintes características específicas: estimar o tamanho, qualidade ou significado de algo.
2.A - 1.4.1	Interpreting	Interpretar Interpretar é um tipo de <i>Avaliar</i> com as seguintes características específicas: compreender ou explicar algo.
2.A - 2	Managing	Administrar Administrar é um tipo de <i>Intervenção de Enfermagem</i> com as seguintes características específicas: estar a cargo de e gerenciar alguém ou algo.
2.A - 2.1	Organizing	Organizar Organizar é um tipo de <i>Administrar</i> com as seguintes características específicas: dar uma estrutura ordenada a algo, i. e., colocar algo em ordem.
2.A - 2.1.1	Coordinating	Coordenar Coordenar é um tipo de <i>Organizar</i> com as seguintes características específicas: estabelecer ou colocar algo em uma relação apropriada.
2.A - 2.1.1.1	Planning	Planejar Planejar é um tipo de <i>Coordenar</i> com as seguintes características específicas: considerar, ordenar e arranjar algo com antecedência.
2.A - 2.1.1.1.1	Prioritizing	Priorizar Priorizar um tipo de <i>Planejar</i> com as seguintes características específicas: ordenar algo segundo uma preferência.
2.A - 2.1.1.1.1.1	Triaging	Selecionar Selecionar é um tipo de <i>Priorizar</i> com as seguintes características específicas: atribuir graus de urgência para decidir a seqüência de tratamentos de feridas, doenças etc.
2.A - 2.1.1.1.2	Scheduling	Programar Programar é um tipo de <i>Planejar</i> com as seguintes características específicas: fazer um programa, i. e., estabelecer horários.
2.A - 2.1.1.2	Arranging	Alocar Alocar é um tipo de <i>Coordenar</i> com as seguintes características específicas: colocar algo em uma ordem

		requerida.
2.A - 2.1.1.3	Requesting	Solicitar Solicitar é um tipo de <i>Coordenar</i> com as seguintes características específicas: pedir a alguém para fazer algo, pedir alguma coisa.
2.A - 2.1.1.4	Referring	Encaminhar Encaminhar é um tipo de <i>Coordenar</i> com as seguintes características específicas: enviar ou dirigir uma pessoa para algo.
2.A - 2.1.1.5	Implementing	Implementar Implementar é um tipo de <i>Coordenar</i> com as seguintes características específicas: colocar algo em ação.
2.A - 2.1.2	Controlling	Controlar Controlar é um tipo de <i>Organizar</i> com as seguintes características específicas: regular ou manter uma função, ação, reflexo etc.
2.A - 2.1.2.1	Regulating	Regular Regular é um tipo de <i>Controlar</i> com as seguintes características específicas: ajustar algo para alcançar o resultado esperado.
2.A - 2.1.2.1.1	Altering	Alterar Alterar é um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: fazer modificações em algo ou fazer algo de forma diferente.
2.A - 2.1.2.1.1.1	Initiating	Iniciar Iniciar é um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: começar a fazer modificações em algo ou a fazer algo de forma diferente.
2.A - 2.1.2.1.1.2	Increasing	Aumentar Aumentar é um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: ajustar algo para alcançar o resultado esperado: maior.
2.A - 2.1.2.1.1.3	Decreasing	Diminuir Diminuir é um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: ajustar algo para alcançar o resultado esperado: menor.
2.A - 2.1.2.1.1.4	Interrupting	Interromper Interromper um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: parar de fazer algo ou de fazer algo de forma diferente.
2.A - 2.1.2.1.1.4.1	Weaning	Desmamar Desmamar é um tipo de <i>Interromper</i> com as seguintes características específicas: levar alguém a não depender de algo.
2.A - 2.1.2.1.1.4.2	Suppressing	Suprimir Suprimir é um tipo de <i>Interromper</i> com as seguintes características específicas: colocar fim a uma atividade ou a existência de algo.
2.A - 2.1.2.1.2	Maintaining	Manter

		Manter é um tipo de <i>Regular</i> com as seguintes características específicas: manter algo em funcionamento, reter ou continuar algo.
2.A - 2.1.2.1.2.1	Stabilizing	Estabilizar Estabilizar é um tipo de <i>Manter</i> com as seguintes características específicas: tornar improvável a mudança de algo.
2.A - 2.1.2.1.2.2	Optimizing	Otimizar Otimizar é um tipo de <i>Manter</i> com as seguintes características específicas: alcançar o melhor resultado.
2.A - 2.1.2.2	Restraining	Limitar Limitar é um tipo de <i>Controlar</i> com as seguintes características específicas: manter algo ou alguém dentro de limites.
2.A - 2.1.2.2.1	Restricting	Restringir Restringir é um tipo de <i>Limitar</i> com as seguintes características específicas: manter algo ou alguém dentro de limites físicos.
2.A - 2.1.2.2.1.1	Area Restricting	Restringir área Restringir área é um tipo de <i>Restringir</i> com as seguintes características específicas: manter algo ou alguém dentro de limites geográficos.
2.A - 2.1.2.2.1.2	Imobilizing	Imobilizar Imobilizar um tipo de <i>Restringir</i> com as seguintes características específicas: manter algo ou alguém com restrição de movimentos.
2.A - 2.1.2.2.2	Isolating	Isolar Isolar é um tipo de <i>Limitar</i> com as seguintes características específicas: manter barreiras entre, separar as pessoas umas das outras.
2.A - 2.1.2.2.3	Limit Setting	Estabelecer limites Estabelecer limites <i>Limitar</i> com as seguintes características específicas: impor parâmetros de comportamento aceitável e desejável do paciente.
2.A - 2.2	Providing	Prover Prover é um tipo de <i>Administrar</i> com as seguintes características específicas: dar ou suprir (o que é necessário).
2.A - 2.2.1	Applying	Aplicar Aplicar é um tipo de <i>Prover</i> com as seguintes características específicas: fazer uso prático de algo.
2.A - 2.2.2	Distributing	Distribuir Distribuir é um tipo de <i>Prover</i> com as seguintes características específicas: dar algo em porções para alguém.
2.A - 3	Performing	Desempenhar Desempenhar é um tipo de <i>Intervenção de Enfermagem</i> com as seguintes características específicas: fazer uma tarefa técnica.

2.A - 3.1	Cleaning	Limpar Limpar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: remover sujeira ou agentes infecciosos.
2.A - 3.1.1	Washing	Lavar Lavar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo limpo com água ou outro líquido e um agente de limpeza.
2.A - 3.1.1.1	Rinsing	Enxaguar Enxaguar é um tipo de <i>Lavar</i> com as seguintes características específicas: lavar levemente com água limpa ou outro líquido para remover substâncias indesejadas.
2.A - 3.1.1.2	Irrigating	Irrigar Irrigar é um tipo de <i>Lavar</i> com as seguintes características específicas: lavar algo com fluxo constante de líquido.
2.A - 3.1.1.3	Flushing	Lavar sob pressão Lavar sob pressão é um tipo de <i>Lavar</i> com as seguintes características específicas: limpar ou lavar algo com jato de água sob pressão.
2.A - 3.1.2	Cleansing	Purificar Purificar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo completamente limpo, tornar puro.
2.A - 3.1.2.1	Desinfecting	Desinfetar Desinfetar é um tipo de <i>Purificar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo livre de microorganismos patogênicos.
2.A - 3.1.2.2	Sterilizing	Esterilizar Esterilizar é um tipo de <i>Purificar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo livre de microorganismos.
2.A - 3.1.3	Scrubbing	Esfregar Esfregar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: friccionar com força, especialmente com uma escova rija.
2.A - 3.1.4	Shampooing	Ensaboar Ensaboar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: lavar com água e substância de limpeza para limpar e remover microorganismos.
2.A - 3.1.5	Suctioning	Sugar Sugar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: remover ar ou líquido de um vaso ou cavidade de forma a produzir vácuo parcial para remover algo.
2.A - 3.1.5.1	Aspirating	Aspirar Aspirar é um tipo de <i>Sugar</i> com as seguintes características específicas: sorver ou puxar uma substância.

2.A - 3.1.5.1.1	Manual Aspirating	Aspirar manualmente Aspirar manualmente é um tipo de <i>Aspirar</i> com as seguintes características específicas: sorver ou puxar fluido manualmente.
2.A - 3.1.5.1.2	Mechanical Aspirating	Aspirar mecanicamente Aspirar mecanicamente é um tipo de <i>Aspirar</i> com as seguintes características específicas: sorver ou puxar fluido mecanicamente.
2.A - 3.1.6	Draining	Drenar Drenar é um tipo de <i>Limpar</i> com as seguintes características específicas: fazer algo escorrer ou fluir.
2.A - 3.2	Grooming	Arrumar Arrumar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: escovar e, de outras formas, cuidar e limpar cabelos e unhas.
2.A - 3.3	Bathing	Banhar Banhar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: aplicar água em algo, embeber algo de água, colocar algo na água.
2.A - 3.3.1	Soaking	Embeber Embeber é um tipo de <i>Banhar</i> com as seguintes características específicas: levar algo a absorver tanto líquido quanto possível.
2.A - 3.4	Covering	Cobrir Cobrir é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: colocar algo sobre ou em frente do corpo.
2.A - 3.4.1	Clothing	Agasalhar Agasalhar é um tipo de <i>Cobrir</i> com as seguintes características específicas: prover alguém de roupas e cobertas.
2.A - 3.4.2	Dressing	Vestir Vestir é um tipo de <i>Cobrir</i> com as seguintes características específicas: pôr ou remover roupas em alguém.
2.A - 3.4.3	Draping	Cobrir com campos Cobrir com campos é um tipo de <i>Cobrir</i> com as seguintes características específicas: colocar peças de tecido ou outro material.
2.A - 3.5	Feeding	Alimentar Alimentar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: dar alimento a alguém.
2.A - 3.6	Positioning	Posicionar Posicionar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: colocar algo ou alguém em determinada posição.
2.A - 3.6.1	Elevating	Elevar Elevar é um tipo de <i>Posicionar</i> com as seguintes características específicas: subir ou levantar o corpo

		inteiro ou partes do corpo.
2.A - 3.6.2	Lowering	Abaixar Abaixar é um tipo de <i>Posicionar</i> com as seguintes características específicas: deixar ou trazer para baixo o corpo inteiro ou partes do corpo.
2.A - 3.6.3	Turning	Virar Virar é um tipo de <i>Posicionar</i> com as seguintes características específicas: produzir mudança de posição de forma a olhar em diferente direção.
2.A - 3.6.4	Transferring	Transferir Transferir é um tipo de <i>Posicionar</i> com as seguintes características específicas: mover alguém ou algo de um lugar para outro.
2.A - 3.7	Manipulating	Manipular Manipular é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: mover manualmente uma parte do corpo.
2.A - 3.7.1	Massaging	Massagear Massagear é um tipo de <i>Manipular</i> com as seguintes características específicas: pressionar e friccionar o corpo ou partes do corpo.
2.A - 3.7.1.1	Rubbing	Friccionar Friccionar é um tipo de <i>Massagear</i> com as seguintes características específicas: mover a mão ou outro objeto com pressão firme sobre a superfície corporal.
2.A - 3.7.1.2	Manual Pressure	Pressionar manualmente Pressionar manualmente é um tipo de <i>Massagear</i> com as seguintes características específicas: exercer força contínua sobre um corpo, ou contra um corpo, por alguém em contato com ele.
2.A - 3.7.1.3	Cardiac Massaging	Massagear o coração Massagear o coração é um tipo de <i>Massagear</i> com as seguintes características específicas: pressionar o tórax de modo rítmico.
2.A - 3.7.2	Milking	Ordenhar Ordenhar é um tipo de <i>Manipular</i> com as seguintes características específicas: usar pressão manual e friccionar as mamas com as mãos para extrair leite.
2.A - 3.7.2.1	Mechanical Milking	Ordenhar mecanicamente Ordenhar mecanicamente é um tipo de <i>Ordenhar</i> com as seguintes características específicas: usar pressão manual e friccionar as mamas usando equipamentos para extrair leite.
2.A - 3.8	Mobilizing	Mobilizar Mobilizar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo móvel.
2.A - 3.9	Stimulating	Estimular Estimular é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: provocar, ou excitar algo.

2.A - 3.9.1	Electric Stimulating	Estimular eletricamente Estimular eletricamente é um tipo de <i>Estimular</i> com as seguintes características específicas: provocar, excitar as terminações nervosas com o uso de estimulador eletrônico.
2.A - 3.9.2	Defibrillating	Desfibrilar Desfibrilar é um tipo de <i>Estimular</i> com as seguintes características específicas: aplicar um choque elétrico para o miocárdio através da parede torácica com uso de desfibrilador, em casos de ameaça à vida por arritmias cardíacas.
2.A - 3.10	Cutting	Cortar Cortar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: encurtar ou remover algo.
2.A - 3.10.1	Shaving	Barbear Barbear é um tipo de <i>Cortar</i> com as seguintes características específicas: cortar pêlo ou barba.
2.A - 3.10.2	Incisioning	Incisionar Incisionar é um tipo de <i>Cortar</i> com as seguintes características específicas: fazer corte em algo.
2.A - 3.11	Suturing	Suturar Suturar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: costurar um ferimento.
2.A - 3.12	Ventilating	Ventilar Ventilar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: fazer com que o ar se mova livremente.
2.A - 3.13	Preparing	Aprontar Aprontar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: tornar ou fazer com que alguém ou algo fique pronto.
2.A - 3.14	Inflating	Insuflar Insuflar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: preencher algo com uma substância.
2.A - 3.14.1	Hyperinflating	Hiperinsuflar Hiperinsuflar é um tipo de <i>Insuflar</i> com as seguintes características específicas: preencher excessivamente algo com uma substância.
2.A - 3.15	Inserting	Inserir Inserir é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: colocar, adaptar ou localizar algo no corpo ou dentro de uma parte dele.
2.A - 3.15.1	Injecting	Injetar Injetar é um tipo de <i>Inserir</i> com as seguintes características específicas: introduzir ou forçar uma agulha dentro de parte do corpo para introduzir substâncias.
2.A - 3.15.2	Puncturing	Puncionar Puncionar é um tipo de <i>Inserir</i> com as seguintes

		características específicas: introduzir ou forçar uma agulha dentro de um vaso sanguíneo ou cavidade do corpo para aspirar ou remover substâncias.
2.A - 3.15.3	Catherization	Cateterizar Cateterizar é um tipo de <i>Inserir</i> com as seguintes características específicas: colocar, adaptar ou localizar um cateter no corpo ou dentro de uma parte dele para introduzir ou remover fluidos.
2.A - 3.15.4	Intubating	Intubar Intubar é um tipo de <i>Inserir</i> com as seguintes características específicas: colocar, adaptar ou localizar um tubo na traquéia ou dentro dela para ventilação.
2.A - 3.15.5	Instilling	Instilar Instilar é um tipo de <i>Inserir</i> com as seguintes características específicas: colocar gradualmente, em gotas, um líquido dentro de algo.
2.A - 3.16	Instaliing	Instalar Instalar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: localizar ou fixar uma aparelhagem em posição de uso.
2.A - 3.16.1	Setting Up	Montar Montar é um tipo de <i>Instalar</i> com as seguintes características específicas: colocar algo em posição para uso.
2.A - 3.16.2	Putting On/In	Ligar Ligar é um tipo de <i>Instalar</i> com as seguintes características específicas: localizar, colocar, ajustar instrumento, equipamento etc. em posição de uso.
2.A - 3.17	Removing	Remover Remover é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: descartar ou tirar algo.
2.A - 3.17.1	Drawing	Esvaziar Esvaziar é um tipo de <i>Remover</i> com as seguintes características específicas: extrair fluidos.
2.A - 3.17.2	Disposing	Descartar Descartar é um tipo de <i>Remover</i> com as seguintes características específicas: desfazer-se de algo.
2.A - 3.18	Changing	Trocar Trocar é um tipo de <i>Desempenhar</i> com as seguintes características específicas: substituir uma coisa por outra.
2.A - 4	Caring	Cuidar Cuidar é um tipo de <i>Intervenção de Enfermagem</i> com as seguintes características específicas: estar preocupado com, servir, atender ou olhar por alguém ou por algo.
2.A - 4.1	Assisting	Assistir Assistir é um tipo de <i>Cuidar</i> com as seguintes características específicas: fazer parte do trabalho por alguém ou ajudar alguém nas suas funções naturais.
2.A - 4.1.1	Facilitating	Facilitar

		Facilitar é um tipo de <i>Assistir</i> com as seguintes características específicas: tornar algo mais fácil para alguém.
2.A - 4.1.2	Supporting	Apoiar Apoiar é um tipo de <i>Assistir</i> com as seguintes características específicas: dar ajuda social ou psicológica para alguém ou para que algo obtenha êxito, evitar que alguém ou algo falhe.
2.A - 4.1.2.1	Emotional Support	Apoiar emocionalmente Apoiar emocionalmente é um tipo de <i>Apoiar</i> com as seguintes características específicas: ajudar alguém ou algo a obter êxito emocional, evitar que alguém ou algo falhe emocionalmente.
2.A - 4.1.2.1.1	Bereavement Support	Apoiar no luto Apoiar no luto é um tipo de <i>Apoiar emocionalmente</i> com as seguintes características específicas: ajudar alguém a lidar com os eventos de perda.
2.A - 4.1.2.2	Spiritual Support	Apoiar espiritualmente Apoiar espiritualmente é um tipo de <i>Apoiar</i> com as seguintes características específicas: ajudar alguém ou algo a obter êxito espiritual, evitar que alguém ou algo falhe espiritualmente.
2.A - 4.1.2.3	Encouraging	Encorajar Encorajar é um tipo de <i>Apoiar</i> com as seguintes características específicas: dar confiança ou esperança a alguém.
2.A - 4.1.2.4	Reinforcing	Reforçar Reforçar é um tipo de <i>Apoiar</i> com as seguintes características específicas: fortalecer algo ou alguém.
2.A - 4.1.2.4.1	Reality Orienting	Orientar para a realidade Orientar para a realidade é um tipo de <i>Reforçar</i> com as seguintes características específicas: insistir no que é real e existente, especialmente redirecionar a atenção, identidade pessoal, tempo e espaço.
2.A - 4.1.2.5	Advocating	Interceder Interceder é um tipo de <i>Apoiar</i> com as seguintes características específicas: recomendar alguém ou algo usando argumentação.
2.A - 4.1.3	Promoting	Promover Promover é um tipo de <i>Assistir</i> com as seguintes características: ajudar alguém a começar ou a progredir em algo.
2.A - 4.1.3.1	Inducing	Induzir Induzir é um tipo de <i>Promover</i> com as seguintes características específicas: ajudar a causar algo.
2.A - 4.1.3.2	Motivating	Motivar Motivar é um tipo de <i>Promover</i> com as seguintes características específicas: levar alguém a agir de um modo particular ou estimular o interesse de alguém para uma atividade.

2.A - 4.1.3.3	Enhancing	Intensificar Intensificar é um tipo de <i>Promover</i> com as seguintes características específicas: elevar, aumentar ou melhorar algo que já é de boa qualidade.
2.A - 4.1.3.4	Empowering	Capacitar Capacitar é um tipo de <i>Promover</i> com as seguintes características específicas: habilitar pessoas a fazerem escolhas para que possam exercer o seu potencial de influenciar a saúde.
2.A - 4.2	Treating	Tratar Tratar é um tipo de <i>Cuidar</i> com as seguintes características específicas: cuidar diminuindo, finalizando, removendo ou restaurando algo.
2.A - 4.2.1	Alleviating	Abrandar Abrandar é um tipo de <i>Tratar</i> com as seguintes características específicas: tornar algo mais fácil de ser suportado.
2.A - 4.2.2	Relieving	Aliviar Aliviar é um tipo de <i>Tratar</i> com as seguintes características específicas: diminuir, finalizar ou terminar algo.
2.A - 4.2.3	Restoring	Restaurar Restaurar é um tipo de <i>Tratar</i> com as seguintes características específicas: fazer alguém ou algo ficar bem, íntegro ou normal novamente.
2.A - 4.2.3.1	Resuscitating	Ressuscitar Ressuscitar é um tipo de <i>Restaurar</i> com as seguintes características específicas: fazer algo ou alguém retornar à vida.
2.A - 4.2.3.2	Rehabilitating	Reabilitar Reabilitar é um tipo de <i>Restaurar</i> com as seguintes características específicas: restabelecer funções efetivas ou vida normal por treinamento, especialmente após doença.
2.A - 4.3	Preventing	Prevenir Prevenir é um tipo de <i>Cuidar</i> com as seguintes características específicas: interromper ou impedir que algo aconteça.
2.A - 4.3.1	Protecting	Proteger Proteger é um tipo de <i>Prevenir</i> com as seguintes características específicas: manter algo ou alguém em segurança de algo ou tomar precauções contra algo.
2.A - 4.3.2	Avoiding	Evitar Evitar é um tipo de <i>Prevenir</i> com as seguintes características específicas: manter afastamento ou afastar-se de algo.
2.A - 4.4	Relating	Relacionar Relacionar é um tipo de <i>Cuidar</i> com as seguintes características específicas: colocar-se em relação com alguém.

2.A - 4.4.1	Communicating	Comunicar Comunicar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: despertar o entendimento entre pessoas pela transmissão verbal e não verbal de mensagens.
2.A - 4.4.1.1	Listening	Escutar Escutar é um tipo de <i>Comunicar</i> com as seguintes características específicas: ouvir atentamente a fala de alguém.
2.A - 4.4.1.2	Establishing- Report With	Estabelecer ‘rapport’ Estabelecer ‘rapport’ com é um tipo de <i>Comunicar</i> com as seguintes características específicas: estabelecer comunicação harmoniosa e útil com alguém.
2.A - 4.4.2	Presensing	Estar disponível Estar disponível é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: estar à disposição nas horas de necessidade.
2.A - 4.4.3	Collaborating	Colaborar Colaborar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: trabalhar junto com alguém.
2.A - 4.4.4	Contracting	Contratar Contratar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: fazer um acordo com alguém.
2.A - 4.4.4.1	Negotiating	Negociar Negociar é um tipo de <i>Contratar</i> com as seguintes características específicas: conferenciar com alguém com vistas a um compromisso ou um acordo.
2.A - 4.4.4.1.1	Cultural Brokerage	Intermediação Cultural Intermediação cultural é um tipo de <i>Negociar</i> com as seguintes características específicas: construir ponte, ligar sistema ortodoxo de cuidado à saúde com o paciente e família de uma cultura diferente.
2.A - 4.4.5	Praising	Elogiar Elogiar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: expressar aprovação ou admiração por alguém ou por algo.
2.A - 4.4.6	Comforting	Confortar Confortar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: consolar alguém nas horas de necessidade.
2.A - 4.4.7	Touching	Tocar Tocar é um tipo de <i>Relacionar</i> com as seguintes características específicas: uso das mãos para contato tátil proposital.
2.A - 5	Informing	Informar Informar é um tipo de <i>Intervenção de Enfermagem</i> com as seguintes características específicas: falar sobre algo a alguém.
2.A - 5.1	Teaching	Ensinar

		Ensinar é um tipo de <i>Informar</i> com as seguintes características específicas: dar informação sistemática para alguém sobre assunto relativo à saúde.
2.A - 5.1.1	Instructing	Instruir Instruir é um tipo de <i>Ensinar</i> com as seguintes características específicas: dar informação sistemática para alguém sobre como fazer algo.
2.A - 5.1.1.1	Training	Treinar Treinar é um tipo de <i>Instruir</i> com as seguintes características específicas: desenvolver habilidades de alguém ou funções de algo.
2.A - 5.1.1.1.1	Autogenic Training	Treinamento autogênico Treinamento autogênico é um tipo de <i>Treinar</i> com as seguintes características específicas: relativo a auto-sugestões para induzir ao relaxamento.
2.A - 5.1.2	Educating	Educar Educar é um tipo de <i>Ensinar</i> com as seguintes características específicas: dar conhecimento sobre algo a alguém.
2.A - 5.2	Guiding	Orientar Orientar é um tipo de <i>Informar</i> com as seguintes características específicas: direcionar alguém na tomada de decisão sobre assuntos relativos à saúde.
2.A - 5.2.1	Anticipatory Guiding	Orientar previamente Orientar previamente é um tipo <i>Orientar</i> com as seguintes características específicas: direcionar antecipadamente alguém para decidir sobre assuntos relativos à saúde.
2.A - 5.2.2	Advising	Recomendar Recomendar é um tipo de <i>Orientar</i> com as seguintes características específicas: sugerir que o curso da ação que está sendo promovido deveria ser seguido.
2.A - 5.2.3	Counselling	Aconselhar Aconselhar é um tipo de <i>Orientar</i> com as seguintes características específicas: habilitar alguém, pelo diálogo, a tomar as suas próprias decisões.
2.A - 5.3	Describing	Descrever Descrever é um tipo de <i>Informar</i> com as seguintes características específicas: expor as características, aparência etc. de alguém ou de algo de forma oral ou escrita.
2.A - 5.3.1	Recording	Relatar Relatar é um tipo de <i>Descrever</i> com as seguintes características específicas: expor uma parte de evidência ou informação que constitui a causa ou razão de algo que ocorreu ou está sendo dito.
2.A - 5.3.2	Documenting	Documentar Documentar é um tipo de <i>Descrever</i> com as seguintes características específicas: acumular, classificar e disseminar informação e material coletado.

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras**: versão alpha. Brasília: ABEn, 1997. (Série Didática: Enfermagem no SUS).